



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS - CCA
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS - MAPP

DAVID DOS ANJOS DINIZ

**IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO NO CEARÁ:
UM ESTUDO AVALIATIVO A PARTIR DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO MANICÔMIO
JUDICIÁRIO CEARENSE**

FORTALEZA

2025

DAVID DOS ANJOS DINIZ

IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO NO CEARÁ:
UM ESTUDO AVALIATIVO A PARTIR DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO MANICÔMIO
JUDICIÁRIO CEARENSE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP) da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Orientadora: Lidiane Moura Lopes

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

D61i Diniz, David dos Anjos.

Implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário no Ceará: : um estudo
avaliativo a partir da desinstitucionalização do Manicômio Judiciário cearense / David dos
Anjos Diniz. – 2025.

186 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias,
Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2025.

Orientação: Prof. Dr. Lidiane Moura Lopes.

1. Reforma Psiquiátrica. 2. Política Antimanicomial. 3. Resolução CNJ nº 487/2023. 4.
Desinstitucionalização. I. Título.

CDD 320.6

DAVID DOS ANJOS DINIZ

IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO NO CEARÁ:
UM ESTUDO AVALIATIVO A PARTIR DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO MANICÔMIO
JUDICIÁRIO CEARENSE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP) da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Orientadora: Lidiane Moura Lopes

Aprovado em 29/04/2025.

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Lidiane Moura Lopes (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª Dra. Kelly Maria Gomes Menezes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª Dra. Lirian Filgueiras Mascarenhas
Centro Universitário Farias Brito (FBUNI)

À todas as pessoas com transtornos mentais que viveram e ainda vivem enclausuradas entre as paredes dos Manicômios Judiciários, sobretudo em memória daquelas que despediram-se da vida sem ter a chance de vivenciar o direito ao cuidado em liberdade.

AGRADECIMENTOS

À espiritualidade que me rege e me guarda no caminho dessa jornada, por me inspirar os melhores pensamentos e sentimentos, por me agraciar com a mais perfeita luz, por me fortalecer com suas pérolas e eflúvios luminosos, para que eu pudesse fazer esta conquista Amanhecer.

À minha mãe, Lidía, pelo amor incondicional dedicado à mim, e por inspirar a construir um futuro sob o alicerce do estudo e do trabalho, através de seu exemplo de coragem no enfrentamento das inúmeras batalhas enfrentadas enquanto mulher, negra e pobre.

Ao meu pai, Diniz (in memoriam), que mesmo na ausência do conhecimento escolar formal, sempre demonstrou grande sabedoria sobre tantos assuntos, a partir de seu olhar observador. Sou grato por ter me instigado a ir sempre além.

Ao meu esposo, Will, pelo companheirismo, paciência, afeto, aconchego e encorajamento cotidiano, para que eu tivesse condições de alcançar essa realização. E ao Chulé (in memoriam), o filho pet que tanto alegrou nossos dias, fortalecendo em nós o sentimento de lar.

Aos meus amigos Aline Braga e Wagner Costa, por serem inspiração diária, por acreditarem em meus talentos, mas sobretudo, por olharem-se com olhos tão generosos e sempre enxergarem em mim as minhas melhores versões.

Ao Chicó, o pet mais humano que há. Sou grato aos tantos “lambeijos”, aos toques de suas patinhas, pelo amor apaixonado e pelos “roncadinhos” que são uma verdadeira sinfonia de amor.

À Agla Zelaya e Lincoln Gandara, pelo laço construído de afeto, confiança, incentivo mútuo e reciprocidade. Suas presenças são fortalecimento e paz.

À todas/os as/os minhas/meus amigos da Área Técnica da Saúde Prisional e da Equipe EAP da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) que, cotidianamente, dividem comigo o doce e o amargo da responsabilidade de edificar

caminhos para garantir o cuidado em liberdade às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

À Profª Draª Lidiane Lopes, por abraçar a ideia de trilhar o percurso constitutivo deste estudo e por, com gentileza, sensibilidade e suavidade, me orientar, não permitindo que essa conquista escapasse das minhas mãos.

À Profª Dra. Kelly Menezes por ,com seu carisma, afetividade e excelência profissional, aceitar participar, mais uma vez, de um momento tão expressivo da minha trajetória acadêmica, profissional e pessoal.

À Profª Dra. Lirian Mascarenhas, por se caracterizar para mim como uma referência muito além de bibliográfica, mas sobretudo, de resistência, de militância e de coragem para mergulhar no nebuloso mundo dos Manicômios Judiciários. Seu incentivo e seu olhar gentil sobre os meus talentos, encorajaram-me a acreditar que eu sou capaz.

Aos pacientes desinstitucionalizados do extinto Manicômio Judiciário Cearense - Instituto Psiquiátrico Governador Stenio Gomes (IPGSG), por me permitirem conhecer suas histórias e adentrar as suas vidas, por compartilharem seus sentimentos e pensamentos e por confiarem que, de algum modo, eu e minha equipe poderíamos construir, para vocês, trilhas para uma nova condição de vida.

"Não aceito mais as coisas que não posso mudar. Estou mudando as coisas que não posso aceitar."
(Angela Davis)

"O passado vive em nós. O presente é o lugar da possibilidade. O futuro começa agora"
(Angela Davis)

"Nosso passado não pode ser motivo de vergonha, mas de luta. Porque só reconhecendo a nossa história é que poderemos construir outra."
(Lélia Gonzalez)

"É olhando o passado com olhos críticos que podemos compreender o presente e reinventar o futuro."
(Paulo Freire)

"É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade"
(Nise da Silveira)

RESUMO

O Movimento de Reforma Psiquiátrica, materializado através da Lei nº 10.216/2001, há décadas vê-se em disputa e em processo de luta por consolidação. As pessoas com transtorno mental em conflito com a lei historicamente têm sido alvo de silenciamento, segregação e invisibilidade. O Brasil apresenta um histórico de violações sistemáticas de seus direitos, sobretudo com a institucionalização destes em Manicômios Judiciários. A Política Antimanicomial do Poder Judiciário, instituída pela Resolução nº487/2023 do Conselho Nacional de Justiça - CNJ, emerge nesse cenário, no enfrentamento desta realidade e objetivando materializar a transformação antimanicomial em direção ao cuidado e tratamento em liberdade, em sintonia com processos de desinstitucionalização. O objetivo geral do estudo é avaliar a implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, a partir da desinstitucionalização do Manicômio Judiciário Cearense. Os objetivos específicos são: identificar as concepções norteadoras da política acerca do campo da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e suas interfaces com a Rede de Atenção Psicossocial; compreender historicamente e conceitualmente os Manicômios Judiciários no Brasil; caracterizar os paradigmas da relação entre a Saúde Mental e o Sistema de Justiça; apresentar a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, contextualizando o cenário cearense; ilustrar o processo de desinstitucionalização do Manicômio Judiciário Cearense. Escolheu-se a perspectiva teórica e metodológica da avaliação em profundidade. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa. Buscou-se atingir os objetivos através das pesquisas bibliográficas e documentais, através da análise de documentos oficiais e instrumentos normativos, bem como embasado por vivências do próprio autor, por meio da consulta de seu diário de anotações. Como resultados, verifica-se que a implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário enfrenta significativos desafios, no âmbito da mudança de cultura, do fortalecimento das políticas públicas e da interlocução entre as instituições. Todavia, sua implantação verificou-se possível, a partir de ações estratégicas, de trabalho interinstitucional, e compromisso e sensibilidade com a pauta, no horizonte da garantia de direitos.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica; política antimanicomial; resolução CNJ nº 487/2023; desinstitucionalização.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform Movement, embodied through Law No. 10,216/2001, has been in dispute and in the process of consolidation for decades.. Individuals with mental disorders who are in conflict with the law have historically been subject to silencing, segregation, and invisibility. Brazil has a long history of systematic violations of their rights, particularly through the institutionalization of such individuals in Judicial Asylums. The Anti-Asylum Policy of the Judiciary, established by Resolution No. 487/2023 of the National Council of Justice (CNJ), emerges in this context as a response to this reality, aiming to bring about anti-asylum transformation through care and treatment in freedom, in alignment with deinstitutionalization processes. The general objective of this study is to evaluate the implementation of the Judiciary's Anti-Asylum Policy, based on the deinstitutionalization of the Judicial Asylum in Ceará. The specific objectives are: to identify the guiding principles of the policy concerning the field of Mental Health, the Psychiatric Reform, and its interfaces with the Psychosocial Care Network; to historically and conceptually understand Judicial Asylums in Brazil; to characterize the paradigms of the relationship between Mental Health and the Justice System; to present the Anti-Asylum Policy of the Judiciary, contextualizing the scenario in Ceará; and to illustrate the process of deinstitutionalization of the Judicial Asylum in Ceará. The study adopts the theoretical and methodological perspective of in-depth evaluation. It is a qualitative research study. The objectives were pursued through bibliographic and documentary research, analyzing official documents and regulatory instruments, as well as drawing on the author's personal experiences through consultation of his notes journal. The findings indicate that the implementation of the Judiciary's Anti-Asylum Policy faces significant challenges, particularly in changing institutional culture, strengthening public policies, and fostering inter-institutional dialogue. Nevertheless, its implementation has proven to be feasible through strategic actions, inter-institutional collaboration, and a commitment to and sensitivity toward the issue, all aimed at ensuring rights.

Keywords: psychiatric reform; anti-asylum policy; Resolution CNJ nº 487/2023; deinstitutionalization.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA PESQUISA: AS BASES PARA UM PERCURSO AVALIATIVO DA POLÍTICA PÚBLICA EM ESTUDO.....	22
2.1	Tecendo relações entre o pesquisador e a pesquisa.....	22
2.2	Delineando cenários relevantes.....	28
2.3	Definição da perspectiva avaliativa priorizada na pesquisa.....	32
2.4	Abordagem metodológica da pesquisa, estratégias e técnicas de coleta de dados.....	40
2.5	Método de análise de dados.....	46
2.6	Os cenários da pesquisa e seus interlocutores.....	49
3	CONTEXTUALIZANDO CENÁRIOS: DIÁLOGOS ENTRE SAÚDE MENTAL, SISTEMA DE JUSTIÇA E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE PACIENTES.....	52
3.1	Trajetórias da área da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Ceará.....	53
3.2	Manicômios Judiciários no Brasil: uma breve contextualização histórica, caracterização e implicações sociais.....	70
3.3	Paradigmas da relação entre Saúde Mental e o Sistema de Justiça: um olhar crítico sobre a Medida de Segurança e a Atenção às Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no Sistema Prisional.....	85
4	OS SENTIDOS DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO: CONCEITUANDO E CONTEXTUALIZANDO AO CENÁRIO CEARENSE.....	95

4.1	A Política Antimanicomial do Poder Judiciário: caracterização, trajetória e desdobramentos no cenário cearense.....	95
4.2	O Instituto Psiquiátrico Governador Stenio Gomes (IPGSG).....	114
5	ESPERANÇAR E CONSTRUIR O CAMINHO DE VOLTA: A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS PACIENTES DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO NO CEARÁ.....	126
5.1	Afinal, o que é desinstitucionalização?.....	127
5.2	As trilhas de um passado recente na luta pela desinstitucionalização do Manicômio Judiciário cearense.....	137
5.3	É possível implantar a Política Antimanicomial do Poder Judiciário no Estado do Ceará?.....	141
5.4	Sim, é possível um Ceará sem Manicômio Judiciário: relatos de histórias, recomeços e perspectivas de futuro.....	157
6	CONSIDERAÇÕES.....	165
	REFERÊNCIAS.....	169
	APÊNDICE A - COLEÇÃO DE FIGURAS.....	180

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história a percepção da sociedade acerca da “loucura” passou por diversas transformações. De acordo com cada contexto histórico e social, tais concepções sobre as pessoas com transtornos mentais variaram entre seres marginalizados, pessoas que representavam perigo e ameaça para a ordem social, indivíduos despossuídos de razão e que, por isso mesmo, não se requisitava atenção médica e científica.

Assim, vistos com reservas pela sociedade em geral, esses indivíduos foram submetidos a tratamentos desumanos, não raras vezes com requintes de crueldade. O lócus desse processo se dava através dos Manicômios, instituições que funcionavam como verdadeiros depósitos humanos e que possuíam estruturas bastante precárias (Pessotti, 1996), desprovidos de qualquer direcionamento terapêutico.

As internações adquiriam, dentro desse contexto, um viés da prática de proteção e guarda da sociedade em relação àqueles sujeitos denominados como “loucos” (Amarante, 1995). Somente a partir de meados do século XVIII, entra em cena um olhar científico sobre o fenômeno da “loucura” transformando, assim, o adoecimento mental em objeto de conhecimento.

Contudo, torna-se essencial salientar que, mesmo em face dessa expansão no campo das análises sobre os quadros de adoecimento mental, o sujeito com transtornos mentais permaneceu sob o selo de “elemento de risco e periculosidade social” (Sukeyosi, 2012). Assim, instaura-se a institucionalização da loucura, sobretudo quando se trata de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Podemos inferir, dessa forma, que as internações psiquiátricas tomaram contornos, por um lado, de tratamento, e por outro, de punição.

Tal segmento populacional foi submetido a um contexto de severo encarceramento, onde a segregação, o afastamento do convívio familiar, a expropriação dos direitos e a ausência de um tratamento estrutural de saúde foram elementos preponderantes dentro desse processo. Esse cenário nos sinaliza um expressivo descompasso entre a Política Pública de Saúde e o Sistema de Justiça que resvala na exposição dessas pessoas a uma espécie de dupla estigmatização:

por estar em conflito com a lei¹ e por apresentar transtornos mentais (Mascarenhas, 2024). No vocabulário popular seria o ‘doido criminoso/perigoso’.

Esta realidade só começa a passar por transformações a partir do século XX, momento histórico em que há forte tensionamento de diversos atores sociais acerca dos tratamentos psiquiátricos - mais notadamente o internamento manicomial - e do reconhecimento dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Esse movimento é denominado no Brasil de Reforma Psiquiátrica ou Luta Antimanicomial.

O referido movimento, que consolidou trabalhos e ações de diversos segmentos da sociedade na luta por uma atenção mais humanizada às pessoas com transtornos mentais, seguiu um compasso alinhado com a construção da Constituição Federal de 1988, marco legal que demandou a defesa da dignidade dos sujeitos sociais e seus direitos fundamentais, concepção compatível com os ideais firmados pela Luta Antimanicomial e pelas declarações internacionais referentes aos Direitos Humanos da pessoa com transtorno mental (Pacheco, 2009).

A Reforma Psiquiátrica traz no bojo de sua concepção a proposição de um novo olhar sobre as pessoas acometidas por algum transtorno mental, defendendo essencialmente, a inserção destas em um cenário de construção da sua cidadania e o seu reconhecimento como sujeito de direitos. Inserido em um momento histórico de lutas sociais e políticas - o contexto da redemocratização -, esse movimento tem efetivamente início na década de 1980, tendo como conceito base a desinstitucionalização²(Amarante, 1995).

Este conceito é explorado por Amarante (1995), reconhecendo que, a partir dessa concepção, há um tensionamento de transformação, sobretudo do manejo outrora dispensado às pessoas com transtornos mentais - repleto de características de exclusão e em espaços de violência e mortificação -, buscando-se agora um direcionamento de criação de possibilidades concretas da sociabilidade,

¹ Importante esclarecer que, o termo pessoas com transtorno mental “em conflito com a lei”, faz menção à nomenclatura oficial utilizada pela legislação brasileira e adotada no arcabouço teórico acerca do tema, ao se fazer menção às pessoas com adoecimento mental que cometeram algum ato ilícito. No presente estudo este será o termo utilizado, pelo respeito à normatização vigente. Contudo, em uma concepção pessoal, compreendo haver, algo de problemático com essa expressão, ao passo que posiciono-me a partir do reconhecimento de que, a prática de atos infracionais não define a identidade de uma pessoa, mas sim apenas uma circunstância de sua vida. Circunstância essa, perpassada por um amplo cenário de vulnerabilidades que, perversamente, definem os lugares de determinados sujeitos dentro da sociedade.

²Conceito que tem inspiração na experiência de Franco Basaglia, expoente da psiquiatria democrática italiana na década de 1960. Seu pensamento exerceu influência nas concepções que deram base ao processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

de modo que, o paciente torna-se sujeito e as estratégias de atenção levem em consideração sua constante aproximação com o mundo dos direitos e a construção de cenários de cidadania para ele.

Assim, pode-se perceber que um novo percurso a ser trilhado é defendido pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, sobretudo a partir da instituição da Lei 10.216/2001³, uma vez que, a atenção às pessoas com transtornos mentais ultrapassa a esfera de uma discussão de reforma meramente técnica, tornando-se também jurídica, política, teórica e, sobretudo, sociocultural (Amarante, 2018).

Com isso, posso inferir que as orientações para a prática desse novo viés de atenção à pessoa com transtorno mental dá ênfase a um modelo assistencial, centrado no respeito à dignidade do sujeito, voltado para a promoção de sua (re)inserção social e para o cuidado em saúde mental em liberdade.

Partindo da concepção de transformação política, social e cultural proposta pelo movimento citado, sou instigado a refletir, através da presente pesquisa, sobre o vasto universo relacionado às pessoas com transtornos mentais, que estiveram institucionalizadas em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), também denominados Manicômios Judiciários, para cumprimento de uma medida de segurança⁴, em virtude de terem praticado algum ato infracional em dado momento de suas vidas e que, comprovadamente ou presumidamente, o ato ilícito/crime cometido sobreveio em decorrência e/ou mediante uma desestabilização do quadro psiquiátrico do paciente, através de uma crise ou surto (Mascarenhas, 2024).

É importante apontar que, algumas destas pessoas institucionalizadas em Manicômios Judiciários, já encontram-se com sua medida de segurança extinta⁵, contudo ainda mantêm-se subjugados à institucionalização nestas instituições de caráter asilar e manicomial, por motivos diversos, sendo assim, expropriados de seu direito ao convívio social. Tal realidade é abordada por Diniz (2013) e Mascarenhas

³ A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei Antimanicomial ou Lei Paulo Delgado, é um instrumento normativo que apresenta como objetivo primordial o tratamento humanizado para as pessoas com transtornos mentais (Amarante, 2018). A apresentação desta legislação e a discussão sobre o contexto de sua construção e implementação serão discutidos de forma mais detalhada na segunda seção do presente estudo.

⁴ Ferramenta jurídica que expressa-se como uma sanção penal que impõe tratamento em saúde mental. Abordaremos com mais profundidade este conceito e suas nuances em outra seção deste trabalho.

⁵ Juridicamente já encontram-se aptas a saírem do ambiente de privação de liberdade e a retornarem para suas famílias e territórios de procedência.

(2024) onde, em suas obras, denunciam números importantes que traduzem este cenário.

Vejamos, de acordo com Diniz (2013) um em cada quatro indivíduos não deveria mais estar institucionalizado, por já ter a sua medida de segurança juridicamente extinta. Por sua vez, ainda dentro deste cenário, Mascarenhas (2024), faz um destaque com foco na realidade do Manicômio Judiciário Cearense, ao apontar que 44% das pessoas institucionalizadas no IPGSG já não deveriam mais estar neste local, visto que possuíam sentença de desinternação e/ou medida de segurança extinta.

Compreendo com isso que, tal panorama, apresenta situações e/ou questões complexas que exigem respostas igualmente complexas, tendo em vista que a garantia de direitos a este segmento populacional não se trata de um caminho simples de percorrer. Envolve lutas, trabalho interinstitucional árduo, decisões políticas e administrativas, articulação entre políticas públicas e fiel cumprimento de legislações.

Há que se considerar, ainda, que as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei sofrem durante longos anos com o abandono e a violência das internações psiquiátricas, com perfis essencialmente asilares, manicomiais e violadores de direitos. Desse modo, torna-se importante trazer esta temática para o centro das discussões, de modo a ampliar o debate, lançando luz sobre o aspecto de que a questão pautada deixa de ser tratado unicamente sob o prisma da segurança pública para ser acolhido no âmbito da saúde pública, no vasto ambiente do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante de tudo o que foi exposto, essencialmente, o que me interessa é alcançar pistas que possam me levar ao mais próximo possível de uma resposta para a seguinte pergunta de partida: é possível implantar a Política Antimanicomial do Poder Judiciário no Estado do Ceará?

Desta feita, a construção da presente pesquisa vislumbra alcançar o objetivo geral de realizar uma avaliação da implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário no Estado do Ceará, a partir do prisma do processo de desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Manicômio Judiciário do Estado do Ceará, o Instituto Psiquiátrico Governador Stenio Gomes - IPGSG.

Lançar o olhar sobre a implantação da Política Antimanicomial no contexto cearense, se inscreve como aspecto significativamente simbólico. Destaco como ponto de grande expressividade o caso do paciente Damião Ximenes. Aqueles que têm alguma aproximação com a área da saúde mental, sobretudo os que atuam ou estudam neste campo, provavelmente já ouviram falar do episódio ocorrido com Damião Ximenes Lopes, um caso emblemático que foi julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (CorteIDH). Nesse julgamento, ocorrido no ano de 2006, o Brasil foi condenado⁶ por violações associadas à formulação de políticas públicas antimanicomiais e ao atendimento em saúde mental.

Este caso apresenta-se como ainda mais notório, ganhando importância significativa por ter sido o primeiro envolvendo uma pessoa com transtorno/deficiência mental⁷ a ser analisado nesse nível de instância internacional (Branco, 2023).

Damião Ximenes Lopes tinha 30 anos, procedente da cidade de Sobral, no Estado do Ceará. Narra-se que teria desenvolvido transtornos mentais durante a sua juventude. Em certa ocasião, em decorrência uma desorganização do seu quadro psíquico, ele foi encaminhado à um estabelecimento de saúde, sendo admitido neste em pleno estado físico, como paciente do Sistema Único de Saúde (SUS), em outubro de 1999, na Casa de Repouso Guararapes, clínica psiquiátrica conveniada ao SUS, em Sobral, Ceará (Justiça Global, 2023).

⁶ Para aprofundar o conhecimento acerca da condenação do Estado brasileiro pela Corte Interamericana dos Direitos Humanos, no caso de Damião Ximenes Lopes, sugiro apropriar-se do documento Sentença de 4 de julho de 2006 - Caso Ximenes Lopes versus Brasil, disponível em: <https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf>. Apresento, ainda, como recomendação para um maior aprofundamento dos estudos sobre assunto em destaque, acessar o Portal da Corte Interamericana dos Direitos Humanos, através do endereço eletrônico <<https://www.corteidh.or.cr/index.cfm?lang=pt>>, onde será possível localizar uma grande variedade de informações e documentos acerca do Caso Damião Ximenes, bem como relacionados a uma diversidade de pautas e temáticas bastante simbólicas e contemporâneas, concernentes ao âmbito dos Direitos Humanos, tais como ditadura militar e Povos Indígenas.

⁷ Ressalto uma observação importante para as perspectivas teóricas e críticas que balizam este estudo. No que se refere ao uso da expressão “deficiência mental”, esta fora a conceitualização utilizada pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (CorteIDH) no julgamento do Caso Damião Ximenes Lopes. Contudo, este termo deve ser lido de forma crítica, à luz de perspectivas antimanicomiais, tendo em vista as diversas estigmatizações e distorções que esta rotulação possa indicar. Abreu (2019) explora o tema afirmando que a sociedade civil pleiteou que o termo ‘psicossocial’ fosse incluído no conceito de pessoa com deficiência. Entretanto, há discussões sobre o tema que apontam para a possibilidade de que esta inclusão implicaria na dificuldade da ratificação da Convenção, devido às diferenças existentes nas formas dos países abordarem a questão da deficiência e da saúde mental, inclusive o Brasil. Diante desse impasse, relata a autora, optou-se por manter o termo ‘mental’ e a inclusão da expressão ‘intelectual’, permitindo uma margem para os Estados signatários tratarem o conceito internamente, e decidir se as pessoas com transtornos mentais estão contempladas pela Convenção.

Os registros sobre o caso dão conta de que o paciente foi assassinado, após ser vítima de maus-tratos e tortura durante o período de internação psiquiátrica na referida clínica (Monteiro, 2018). Com a ausência de respostas consistentes do Sistema de Justiça brasileiro acerca da prática de tortura e de omissão dos profissionais de saúde daquele estabelecimento, a família da vítima - mais notadamente sua irmã - Irene Lopes, apresentou denúncia sobre o caso à Organização dos Estados Americanos (OEA), tendo sido levado a julgamento pela Corte Interamericana de Direitos Humanos - CortelDH (Justiça Global, 2023).

Creio que este caso foi um dos marcos impulsionadores para que o Brasil pudesse trilhar caminhos no avanço da reforma psiquiátrica no país e das políticas públicas de cuidado à saúde mental em liberdade. Escolho fazer menção ao caso de Damião Ximenes Lopes, pois, conforme nos aponta Mascarenhas (2024), a história desta pessoa é de fundamental importância no percurso constitutivo das mudanças engendradas em direção à atenção integral e cuidado em liberdade de pessoas com transtorno mental.

Merece, portanto, ser registrado pela expressividade que teve e permanece tendo. Concordo com a citada autora ao afirmar que, essa história de dor e de luta, é um dos fatores basilares para que o Conselho Nacional de Justiça - CNJ, dentro de uma dimensão ético- política, viesse a apresentar a sua recente decisão: a Política Antimanicomial do Poder Judiciário (Resolução nº487/2023).

Além do relevante caso exposto acima, é oportuno ressaltar outro elemento importante, que é o cenário da entrada em vigor da Lei Nacional nº 13.146, de 6 de julho de 2015 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, também chamada de Estatuto da Pessoa com Deficiência. Esta legislação equipara as pessoas com transtorno de natureza mental ou intelectual às pessoas com deficiência para todos os efeitos legais.

A conceituação da normativa expressa que “considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (Brasil, 2019).

De acordo com a legislação, a delimitação como pessoa com deficiência estará submetida a avaliação biopsicossocial, de forma que seja possível atestar que o quadro de natureza mental ou intelectual faz-se impossível para a pessoa

participar da vida em sociedade em igualdade de condições com as demais. A lei também prevê, entre os direitos da pessoa com transtorno mental, aqueles relacionados ao exercício de atividade profissional, de modo que se respeite a sua condição; de acesso ao sistema de ensino; de proteção contra a discriminação em razão do transtorno; e de ter acesso a meios para adaptação e readaptação, além de proteção contra a exploração (Brasil, 2019).

Cabe mencionar, portanto, que o Estatuto da Pessoa com Deficiência tem o intento de assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais pela pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e construção de seu caminho à cidadania. Objetiva-se, assim, entabular uma nova fase na atenção à pessoa com deficiência, através da supressão das barreiras ambientais e sociais existentes, da incorporação de instrumentos para habilitação e reabilitação e da criação de mecanismos para possibilitar a plena inclusão da pessoa com deficiência. Representa, assim, uma revolução no ordenamento jurídico vigente em nosso país (Abreu, 2019).

Este entendimento é explorado por Abreu (2019) ao expressar-se sobre o caráter inovador da normativa, dizendo que esta tem traçado um caminho:

[...] rompendo com as âncoras epistemológicas da anatomopatologia transferem o foco para o ser humano em todas as suas possibilidades. Não trata do homem deficiente, mas do homem com deficiência que, em razão dela, demanda ações afirmativas do Estado para sua realização e inclusão plena na vida. Não se trata de negar as limitações de natureza física, mental ou intelectual, mas, reconhecendo-as, erguer estruturas culturais, sociais, científicas e jurídicas para superação e inclusão do ser humano com deficiência (Abreu, 2019, p.16).

De frente com este cenário, na perspectiva de provocar e tensionar a ampliação da execução do que prevê a Lei 10.216/2001 - Lei da Reforma Psiquiátrica, o Conselho Nacional de Justiça - CNJ, em fevereiro de 2023, expede a Resolução nº487/2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes que orientam sobre o adequado atendimento e tratamento das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme está preconizado na Lei da Reforma Psiquiátrica e na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência⁸, promulgada pelo Brasil no ano de 2009.

⁸ A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência é um instrumento da Organização das Nações Unidas - ONU que visa assegurar os direitos humanos e a dignidade das pessoas com deficiência. O Brasil promulgou a Convenção em 25 de agosto de 2009.

Um dos objetivos centrais é que os estados realizem ações que promovam concreta e gradualmente a Política Antimanicomial, além de organizar seus dispositivos de saúde e das demais políticas públicas intersetoriais para o devido acolhimento e tratamento do público em questão (Brasil, 2023).

Dentre as medidas instauradas pelo dispositivo legal em debate, a Resolução CNJ nº 487/2023, a que tem tido maior destaque, é o fechamento dos Manicômios Judiciários e, conseqüentemente, o retorno dos pacientes - que encontravam-se institucionalizados nestes estabelecimentos - para o convívio sociofamiliar e o seguimento de seus tratamentos na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.

A partir de tal normativa, somos confrontados com alguns aspectos importante que parecem nos sinalizar grandes desafios, tais como: a adequação do Sistema de Justiça e do Sistema Prisional às diretrizes da Luta Antimanicomial; a construção de estratégias interprofissionais/intersetoriais/interinstitucionais de assistência à Saúde Mental no Sistema Prisional, sobretudo às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, quando da sua entrada, permanência e, sobretudo, saída da instituição; a reorganização da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS para o acolhimento e acompanhamento de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei nos serviços de saúde, sobretudo no que tange ao seguimento do cuidado em caráter ambulatorial; a plena articulação entre as redes e as políticas intersetoriais, notadamente de saúde e assistência social, para a estruturação do cuidado e apoio à estes pacientes e suas famílias; a compreensão que os operadores das políticas públicas em interface com esta pauta possuem sobre a mesma, dentre outros elementos que, cotidianamente, tensionam o redimensionamento da atuação nesta área (Brasil, 2023).

Assim, são os elementos expostos acima que apresentam e contextualizam o universo temático do que pretende-se abordar no presente estudo, bem como dá o direcionamento inicial às reflexões a que se propõe esta pesquisa, endossando o intento de trilhar um percurso para a construção de uma pesquisa que possa colaborar para a avaliação da implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário no Estado do Ceará, sob o viés da desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Destaco que é necessário compreender a implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário como um processo ainda em curso, uma

construção inacabada e que, portanto, segue em constante tensionamento. Desse modo, entendo que pautar a temática proposta, por meio de um viés comprometido, não meramente sobre os aspectos técnicos-operativos, mas especialmente, a nível ético-político de defesa e garantia de direitos, pode apresentar potencial indutor do fortalecimento de estratégias de operacionalização da política e de qualificação dos serviços de atendimento ao público em tela.

Vale acrescentar, este debate se configura como elemento relevante no processo acadêmico de construção do saber de profissionais que se preparam para atuar no campo das políticas públicas, notadamente da saúde pública, dentro de uma perspectiva avaliativa e propositiva de ferramentas de aprimoramento das ações que instrumentalizam a implantação de políticas públicas.

No sentido de alcançar as condições necessárias para realizar a avaliação aqui projetada, proponho alguns objetivos específicos, sendo eles: identificar as concepções norteadoras da política em estudo acerca do campo da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e suas interfaces com a Rede de Atenção Psicossocial; compreender historicamente e conceitualmente os Manicômios Judiciários no Brasil; caracterizar os paradigmas da relação entre a Saúde Mental e o Sistema de Justiça; apresentar a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, contextualizando o cenário cearense; e ilustrar o processo de desinstitucionalização do Manicômio Judiciário Cearense.

Para efetivar a construção do presente estudo, na perspectiva da avaliação de política pública em profundidade, a proposição é a utilização da abordagem qualitativa, recorrendo-se à pesquisa bibliográfica e documental, por meio de documentos oficiais e marcos normativos, bem como lançando mão do material oriundo do meu Diário de Anotações, de modo a agregar a experiência vivenciada no processo de desinstitucionalização do Manicômio Judiciário Cearense.

Cabe agora, apontar quais serão os caminhos que poderei percorrer e quais as ferramentas que lançarei mão para construir o processo avaliativo da política em estudo. Essa trilha, em um primeiro momento, representará o percurso metodológico da pesquisa, enquanto conjunto de etapas e procedimentos sistemáticos adotados ao longo do processo de investigação científica.

A seção a seguir, a primeira do nosso estudo, se dedicará a abordar sobre esta trilha, onde apontarei as minhas escolhas metodológicas, como planejo, organizo e executo a pesquisa para alcançar os objetivos propostos, detalhando as

etapas e os procedimentos adotados. Me debruçarei, neste caminho metodológico, indicando ainda, as abordagens teóricas e práticas utilizadas, sendo estas agregadas com reflexões sobre o tema em estudo, que orientaram todo o desenvolvimento da pesquisa, de modo a garantir a validade, a confiabilidade e a relevância dos resultados.

Já na seção número dois, será o momento de contextualizar os cenários da pesquisa, através de um diálogo entre as temáticas da saúde mental e do sistema de justiça. Com isso, irei aprofundar a discussão sobre a trajetória do campo da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Ceará. Em seguida, pauto o contexto histórico, a caracterização e as implicações sociais dos Manicômios Judiciários no Brasil. Com isso, envereda-se nos paradigmas da relação entre a saúde mental e o sistema de justiça, por meio de um olhar crítico sobre a Medida de Segurança e a atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Sistema Prisional. Todos esses temas representam categorias essenciais para a compreensão da política pública em estudo.

Na terceira seção, as abordagens estarão direcionadas para os sentidos da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, sobretudo no que se refere a trajetória de constituição da política em estudo, fazendo destaques para conceitos e direcionamentos importantes apresentados pela mesma e contextualizando seus desdobramentos no cenário cearense. A partir disso, apresento uma discussão crítica com enfoque no Manicômio Judiciário do Estado do Ceará, o Instituto Psiquiátrico Governador Stenio Gomes (IPGSG), historicizando-o, caracterizando-o e elencando aspectos pertinentes para relacioná-lo à implantação da política pública em estudo.

A quarta seção apresenta, em alguma medida, um tom poético, de sensibilidade e reconhecimento de ações e estratégias bem sucedidas no horizonte da implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário do Estado do Ceará. Ao pautar o gesto de *esperançar*⁹ para construir um caminho que leve as pessoas

⁹ Paulo Freire cunhou a expressão "esperançar", que significa, em linhas gerais, criar condições para que a esperança seja efetiva e não vã. Ele aborda o tema em várias obras, como *Pedagogia do Oprimido* (1968), *Pedagogia da Esperança* (1992) e *Pedagogia da Indignação* (2000). Em momento oportuno dentro deste estudo, na seção número quatro, a escolha pela utilização desta expressão será justificada, ao serem abordadas as trilhas para a promoção da efetiva desinstitucionalização dos pacientes com transtorno mental em conflito com a lei, institucionalizados no Manicômio Judiciário cearense, e ao apresentar os relatos de histórias de pacientes em seus processos de desinstitucionalização, ilustrando cenários de (re)começos de vida e conjecturando perspectivas de futuro.

com transtorno mental em conflito com a lei, institucionalizadas no Manicômio Judiciário Cearense, de volta à cenários de dignidade da pessoa humana e da garantia de direitos, inicia-se a seção trazendo um foco na discussão teórica sobre o conceito da categoria desinstitucionalização, dialogando com autores e obras relevantes sobre o tema. Tendo consolidada esta base conceitual, debruça-se na discussão em torno da seguinte pergunta: é possível implantar a Política Antimanicomial do Poder Judiciário no Estado do Ceará? Neste ponto se discutirá sobre as trilhas percorridas para a efetivação do processo de desinstitucionalização dos pacientes do Manicômio Judiciário cearense. Por fim, adicionalmente, apresento relatos de histórias de pacientes em seus processos de desinstitucionalização, ilustrando cenários de (re)começos de vida e conjecturando perspectivas de futuro.

Em síntese, é através desse conjunto de abordagens que buscarei empreender esforços no desafio de alcançar as pistas para a constituição de um cenário avaliativo da política pública em estudo, envolvendo as discussões de categorias teóricas relevantes, contextualizações históricas, tudo isso entrelaçado com relatos extraídos de vivências empíricas no processo de desinstitucionalização do Instituto Psiquiátrico Governador Stenio Gomes (IPGSG), registrados em meus diários de campo.

2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA PESQUISA: AS BASES PARA UM PERCURSO AVALIATIVO DA POLÍTICA PÚBLICA EM ESTUDO

Nos pontos a seguir, apresentarei alguns elementos fundamentais para apontar o caminho metodológico que a presente pesquisa pretende percorrer, para estruturar os elementos analíticos necessários no intento avaliativo da política em pauta.

Aqui se discorre brevemente acerca das relações estabelecidas entre eu, como pesquisador, e a pesquisa, abordando o percurso metodológico percorrido para a construção do presente estudo, bem como será feita uma exposição referente a perspectiva avaliativa que será priorizada para a presente pesquisa. Também será detalhada a abordagem metodológica da pesquisa, com suas estratégias e técnicas.

2.1 Tecendo relações entre o pesquisador e a pesquisa

Penetrar nesse vasto e profundo oceano da temática relacionada às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, bem como na avaliação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, sob o prisma do processo de desinstitucionalização do Manicômio Judiciário cearense, com seus antagonismos e contradições, é extasiante e desafiador.

Extasiante, pois, leva-se em consideração minha predileção e inquietação pela temática, nascidas desde o meu contato inicial com esta, no ano de 2021, por ocasião de minha atuação profissional na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) - na área técnica da Saúde Prisional, em um primeiro momento, desaguando na atribuição de assumir, no ano de 2023, a referência técnica estadual da Equipe EAP (Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei), serviço este vinculado à área técnica supracitada.

A atuação profissional cotidiana neste campo, delegou-me a necessidade de me apropriar, de maneira mais qualificada e aprofundada, sobre o arcabouço teórico que dá as bases para este legítimo espaço de atuação. Assim, a rotina do exercício de trabalho e o gesto de debruçar-me no estudo desta área, manifestaram em mim uma série de inquietações, no horizonte de compreender, mais

profundamente, o cenário da discussão que me envolvia todos os dias, e que decidi pautar neste estudo.

Por outro lado, trata-se de uma empreitada desafiadora, tendo em vista que, muito embora a presente temática já me seja familiar, dentro de uma dimensão técnica operativa - desde o ano de 2021 -, em virtude do meu exercício profissional, é somente no ano de 2023 que aprofunda-se a minha relação com o tema, momento a partir do qual emergem as buscas pessoais pela apropriação teórica acerca do mesmo. Com isso, reconheço que é recente minha imersão no estudo desse campo do saber.

Assim, este panorama faz da construção desse estudo algo desafiador para mim, por pelo menos dois motivos: primeiro, porque experimento um processo em que, conjuntamente, atuo profissionalmente neste campo, aprendo sobre a temática e construo conhecimento acerca da mesma. Segundo, porque as questões aqui estudadas tratam-se de realidades marcadas por profundos estigmas, resistências e questionamentos. A experiência de atuação profissional na área, já me permitiu a percepção das complexidades e polêmicas que, vez ou outra, circulam em torno desta pauta.

Ademais, há que se mencionar que constituir este trabalho não é uma tarefa simples, pelo fato de tratar-se de uma pesquisa que objetiva se debruçar no aspecto avaliativo de uma política que, além de fazer frente a um cenário tão complexo da sociedade, esta é um dispositivo em recente estágio de implantação e que, nesse processo, tem sido perpassada por diversas nuances e que divide opiniões.

Por transitar em diversos ambientes, através de minha atuação profissional sobre a pauta, considero importante destacar a verificação de que a aceitação da temática da desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, em inúmeros espaços sócio ocupacionais e áreas de conhecimento, tem sido bastante polêmica. Não somente diante da opinião pública, mas, muitas vezes, até mesmo entre profissionais operadores das políticas públicas.

No entanto, acredito que a realização desse estudo poderá contribuir de modo significativo para a produção científica acadêmica acerca desta temática, podendo, ainda, vir a ser um instrumento impulsionador para o debate qualificado deste campo de discussão, nos mais diversos espaços da sociedade.

Além disso, a presente pesquisa pode se configurar como uma retribuição pessoal às valorosas experiências vivenciadas, através do meu espaço ocupacional de trabalho e dos conhecimentos adquiridos na trajetória de estudos no Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas - MAPP/UFC, programa ao qual este estudo está submetido. Acredito, também, que favorece o fortalecimento do meu próprio arcabouço teórico e da minha capacidade de produção científica enquanto pesquisador.

Diante de tudo que foi exposto acima, é importante relatar que fazer escolhas e tomar definições acerca dos elementos constitutivos e norteadores de uma pesquisa científica (seja a temática, o objeto ou o percurso metodológico), dificilmente, será um processo neutro. Ao contrário, comumente será uma atitude pautada por predileções e/ou experiências vividas pelo pesquisador, como reforça Paugam (2015).

Assim, no caso da presente pesquisa, a definição do tema de estudo em tela se dá, inicialmente, motivada pela minha experiência profissional, a partir do trabalho desenvolvido no âmbito da estrutura da gestão estadual da política de saúde, exercendo funções de assessoramento técnico, há aproximadamente cinco anos, em face da gestão, monitoramento e execução da política pública em debate.

Este fato, possibilitou-me observar e experienciar, de forma mais aproximada, muitos entraves e avanços de políticas e programas de saúde, sobretudo com foco na melhoria da qualidade de vida das pessoas e na expansão da dignidade humana dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS. No caso específico deste estudo, a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e às ações de cuidado em saúde mental às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Considerando, ainda, que é possível observar experiências promissoras no Ceará, no que se refere à implantação de políticas, programas e ações estratégicas das áreas/temáticas de atuação da Política Pública de Saúde, com complexidades e diversidades significativas envolvidas. Essa é, por exemplo, a realidade que pode-se perceber, também, acerca da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

Por isso, denoto que é de suma importância lançar mão de uma investigação mais aprofundada, no campo da Avaliação de Políticas Públicas, sobre o cenário da implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário no Estado

do Ceará e seus desdobramentos para a desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Não é à toa que faço esse apontamento. Isso porque o Ceará ganhou destaque, em âmbito nacional, por ter sido o primeiro e único Estado do país a atender as determinações expressas pela Resolução nº487/2023¹⁰, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) - normativa que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Com isso quero dizer que o Ceará implementou, dentro do prazo inicialmente estabelecido pela normativa, o processo de desinstitucionalização integral dos pacientes do seu Manicômio Judiciário. Tal fato possibilitou o fechamento total daquele estabelecimento, tratando-se de um feito significativamente importante, histórico, que merece ser ressaltado através deste estudo. Esse cenário será melhor explorado mais adiante.

Outro viés de motivação para a proposição desta pesquisa, é a convicção de se tratar de uma investigação pertinente, oportuna e de relevância acadêmica, profissional e social, ainda mais quando considerada a expressividade dos feitos alcançados pela política pública em estudo no Brasil e, especialmente, no Ceará. Considerando, obviamente, a representatividade nacional que a experiência deste Estado tem conquistado.

Portanto, compreendo como ampla a relevância de alçar a experiência do Estado do Ceará, na implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, ao debate acadêmico, sobretudo por tratar-se da proposição de avaliação dos delineamentos de uma política nacionalmente amparada por uma legislação do âmbito do sistema de justiça e de saúde, com proposição de espraiamento para os estados e municípios, tendo como ênfase a garantia de direitos e mudanças significativas na vida das pessoas por ela assistidas.

Há que se considerar, também, uma dimensão de identificação pessoal, a partir do auto reconhecimento como pessoa humana, sujeito de direitos e usuário da política pública de saúde. Este cenário, me demanda e me permite, levantar reflexões amplas, lançar uma visão crítica acerca da realidade que me cerca, bem como assumir uma postura de enfrentamento diante dos aspectos que possam

¹⁰ Este dado se mantém até a data de apresentação da presente pesquisa. É possível verificar esta informação através do Painel de Ações Estaduais para Implementação da Resolução CNJ nº 487/2023, fornecido pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio de página oficial na internet, sendo possível acessar em: <<https://dados-faju.shinyapps.io/painel-acoes-estaduais-res-cnj-487/>>.

comprometer a plena efetivação de políticas públicas para a população, uma vez que faço parte desse coletivo.

Emerge-se, com isso, mais um viés, o qual denomina-se de ético político. Este levanta-se a partir de um olhar embasado por concepções pessoais, mas que também encontram respaldo no âmbito dos princípios e concepções que alicerçam e norteiam a atuação da minha categoria profissional, o Serviço Social.

Desse modo, enquanto assistente social, formado há 12 (doze) anos, pelo curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará (UECE), ao passo em que adentro no bojo dos elementos que constituem a discussão acerca da política pública em estudo, encontro facilmente consonância com um dos debates mais ricos, importantes e basilares, dentro do arcabouço teórico que alicerça e define o Serviço Social no Brasil, que é o complexo conceito de questão social¹¹.

Permitam-me, portanto, trazer uma breve conceituação desta categoria teórica e analítica, à luz do que nos aponta a reconhecida autora Iamamoto¹² (2012). De acordo com ela, a questão social parte da sociabilidade capitalista, sobretudo pelas características que moldam o trabalho e o Estado no processo de expansão monopolista do capital. Ou seja, o nascedouro da questão social reside no ambíguo cenário que põe o caráter coletivo da produção (muitos produzem os bens e riquezas) de um lado e a apropriação privada (poucos se apropriam e usufruem dos bens e riquezas produzidos) da atividade humana de outro.

Tal cenário condensa a questão social como um conjunto de desigualdades e lutas sociais, engendradas no bojo das relações sociais, dentro de um processo de produção e reprodução contraditórias. Ela assume configurações que perpassam tanto por determinantes históricos objetivos, capazes de condicionar

¹¹ A relação que se estabelece entre o debate da questão social e os cenários concernentes à Política Antimanicomial do Poder Judiciário, serão melhor explorados ainda nesta obra.

¹² Marilda Vilela Iamamoto, natural de Juiz de Fora no Estado de Minas Gerais, graduou-se em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), ano de 1971. cursou mestrado em Sociologia Rural pela Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz da Universidade de São Paulo (ESALQ/USP) em 1982 e doutorado em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) em 2001. Dentre suas principais publicações, destacam-se os livros "Trabalho e Indivíduo Social", "O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional" e o "Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social", que abordam as relações entre trabalho, indivíduo e as transformações na sociedade e no campo do Serviço Social. Suas obras tratam da relação entre trabalho, questão social, formação profissional e a atuação do assistente social na sociedade capitalista, abordando também a análise crítica das estruturas sociais e pela busca de alternativas para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Uma de suas maiores contribuições é o debate acerca do conceito de questão social. Ela é uma das autoras mais importantes do Serviço Social brasileiro, especialmente na vertente crítica e marxista.

a vida dos indivíduos sociais, como alcançam dimensões subjetivas (Iamamoto, 2012).

Mas, afinal, onde se expressa essa tal questão social? Talvez essa não seja uma resposta tão simples, contudo, seguindo amparados pelas ideias apresentadas por Iamamoto (2012), caracterizamos que a questão social expressa-se através de cenários de desigualdade econômicas, políticas e culturais, traduzindo-se por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais, formações religiosas, impactando notadamente a vida de segmentos específicos da sociedade civil (sobretudo no que tange ao acesso à bens de civilização) colocando-os em um árduo embate pela garantia de seus direitos civis, sociais, políticos e humanos.

Trago esse breve destaque para o debate exposto acima, pois a/o Assistente Social é chamado a intervir no cotidiano¹³ junto às expressões da questão social, expressões estas que atravessam, de diversas maneiras, o cenário da política pública em estudo. Ou seja, nos processos decorrentes das desigualdades da sociedade capitalista, entre os quais destacamos, no âmbito desta pesquisa, os estigmas produzidos e reproduzidos em nossa sociedade, acerca das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, bem como os seus desdobramentos, por meio do viés da institucionalização da loucura em espaços como o Manicômio Judiciário (Madeira, 2006).

Com isso quero dizer: compreende-se que tais elementos pontuam as práticas cotidianas e se colocam como desafio para muitas/os das/os profissionais que trabalham no enfrentamento das expressões da questão social, dentre estas destaca-se a/o profissional de Serviço Social. Corroborando com Madeira (2006), percebo que atuar junto a este tema é legítimo setor de intervenção dessa categoria profissional.

Vale destacar, que a abordagem desse tema por uma/um profissional do Serviço Social configura-se como elemento de suma importância, seja no que tange ao olhar treinado e amadurecido, que esta categoria profissional traz consigo, para desvelar a realidade, ou seja no sentido de fomentar a consolidação de mais esse

¹³ O cotidiano é lugar dos pré-conceitos, das pré-noções, do senso comum, nele se instaura as crenças silenciosas e naturalizadoras de fatos sociais culturalmente construídos, o racismo configura-se como um exemplo disso. (Madeira, 2006).

campo de intervenção da profissão, bem como propiciar o fortalecimento das/dos assistentes sociais frente a um de seus grandes desafios: decifrar a realidade.

Como nos aponta Iamamoto (2012, p. 19) o desafio que temos é o de “tirar as fantasias que encobrem os grilhões para que se possa livrar deles, libertando os elos que aprisionam o pleno desenvolvimento dos indivíduos sociais¹⁴”. Nesse sentido, trazer o debate acerca da Política Antimanicomial do Poder Judiciário e seus desdobramentos para a desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei para a pauta do dia, sobretudo atravessado pela ótica do Serviço Social, significa avançar nesse processo de retirada dos grilhões.

A partir desse leque de elementos, que se expressam entre experiências e vivências pessoais e profissionais e moldam as motivações e justificativas para a proposição do presente estudo, uma inquietação primordial tomaram corpo, a qual destaque: é possível implantar a Política Antimanicomial do Poder Judiciário no Ceará? Pautando o processo de desinstitucionalização do Manicômio Judiciário cearense, é que seguiremos em busca de respostas para esta pergunta.

2.2 Delineando cenários relevantes

De acordo com a Constituição Brasileira de 1988, todos os indivíduos têm o direito de viver livre de discriminação, coerção ou violência, de modo a buscar uma vida de qualidade e com cidadania. Entretanto, não é bem com esta realidade que convivem as mulheres, a população negra, as comunidades quilombolas, os povos de terreiro, os indígenas, as pessoas em situação de pobreza, o segmento LGBTQIA+, as pessoas com deficiência e/ou com transtornos mentais, entre outros grupos na nossa sociedade. Verificamos que essas variáveis vêm definindo o lugar que cada um irá ocupar nessa mesma sociedade.

Em face de todos os segmentos populacionais acima citados, me concentrarei neste estudo sobre o prisma das pessoas com transtorno mental, mais especificamente, àquelas em conflito com a lei, segmento este que verifica-se sofrer,

¹⁴ Essa premissa de decifrar a realidade apresenta-se como algo amplamente relevante não apenas no âmbito do Serviço Social, mas em todos os espaços onde se objetiva intervir sobre uma dada realidade social. Estar de olhos abertos para o mundo contemporâneo no sentido de decifrá-lo é elemento central na luta por defesa de direitos, luta contra discriminações, enfrentamento de opressões e na atualização dos compromissos ético-políticos com os interesses coletivos da sociedade. (Iamamoto, 2012).

de forma bastante acentuada, os rebatimentos das discriminações produzidas por um duplo estigma: o da loucura e o da periculosidade.

Contudo, para tratar do cenário no qual as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei está inserido na sociedade brasileira, devemos tomar como ponto de partida a consideração de que a situação dessas pessoas, que vivem durante tantos anos sendo encarceradas e institucionalizadas em ambientes de características asilares, é fruto de uma construção sócio-histórica que vem se arrastando desde o período regencial até a contemporaneidade.

Corroborando com o exposto anteriormente, Sampaio (2021) afirma que a gênese da institucionalização de pessoas com transtorno mental no país é marcada pela criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1841, com a função de retirar do convívio social as pessoas consideradas em desrazão. Nesta concepção, as primeiras ações institucionais apoiaram-se nos pressupostos higienistas e da privação da liberdade daqueles que representavam ameaças à ordem pública.

Passados todos esses anos, o complexo cenário de vulnerabilidade, tanto no que concerne à dimensão material como a simbólica, das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei se manteve, e a desvantagem em relação a integração na sociedade continua a afetar severamente esse grupo em diversos aspectos de suas vidas.

Torna-se interessante, em nível de relevância para as exposições realizadas nessa pesquisa, abrir um destaque para alguns dados que podem retratar cenários importantes dentro dos quais encontram-se inseridas as pessoas com transtorno mental na sociedade brasileira.

Inicialmente, chamo atenção para o número de internações psiquiátricas contabilizadas na rede SUS em todo o país, no período compreendido de dezembro de 2022 a setembro de 2024¹⁵. De acordo com pesquisa realizada no sistema online TabNet DataSUS, houveram 346.831 internações hospitalares na categoria psiquiatria/saúde mental.

De acordo com pesquisa realizada por Rocha (2021) e publicado na Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), as causas de

¹⁵ Na data de acesso ao sistema, referente aos dados do ano de 2024, encontravam-se disponíveis informações somente até o mês de setembro. Sistema disponível para consulta pública por meio do seguinte endereço eletrônico: <<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>>.

internação mais frequentes foram os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e em segundo lugar estão a esquizofrenia e os transtornos de humor.

De acordo com uma robusta pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pessoas com condições graves de saúde mental morrem em média 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral, principalmente devido a doenças físicas evitáveis.

No Brasil, os transtornos mentais se apresentam como algumas das principais causas de afastamento do trabalho. Quadros como burnout, ansiedade, depressão e tentativa de suicídio têm sido as mais frequentes. Para demonstrar este cenário, vejamos: no ano de 2023, concederam-se 288.041 benefícios por incapacidade devido a transtornos mentais e comportamentais no Brasil (Brasil, 2024).

De acordo com Assunção (2017), estudos internacionais indicam que há uma relação intrínseca entre o cenário do adoecimento mental e o desemprego, subemprego ou aposentadoria precoce. Tais estudos também revelam que a chance de estar empregado, o número de horas trabalhadas ou as oportunidades de inserção são significativamente menores quando se trata do grupo de pessoas com transtornos mentais.

Em artigo publicado, ainda por Assunção (2017), outras discussões importantes são apresentadas no que diz respeito ao cenário das pessoas com transtornos mentais e suas relações com o mundo do trabalho. Na publicação, identificou-se que um número muito restrito de pessoas neste perfil encontra-se ocupando postos de trabalho. Verifica-se, também, que aqueles inseridos em alguma atividade laborativa, em sua maioria, estão desempenhando funções como trabalhadores rurais e empregados domésticos. Um destaque relevante, dentro das abordagens apresentadas pelo citado artigo, sinaliza que a renda obtida com o trabalho é baixa e, de acordo com o que afirma o mencionado autor, em muitas ocasiões, acaba sendo subtraída do paciente por alguém próximo a ele.

Considero importante destacar que, nas pesquisas realizadas para a construção da presente dissertação, verificou-se que há uma carência de estudos que lancem um olhar aprofundado acerca da situação do acesso ao mundo do trabalho e cenários de geração de renda das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais e institucionalizadas em unidades de privação de liberdade.

O trabalho de Diniz (2013), intitulado 'A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil - Censo 2011', é o que melhor possibilita a construção de um retrato deste contexto, ao passo que apresenta informações que ilustram o perfil dos pacientes institucionalizados em Manicômios Judiciários, no que concerne a profissão do público daqueles estabelecimentos.

De modo mais específico, ao retratar o citado cenário, no âmbito do Estado do Ceará, a autora aponta que, no Manicômio Judiciário cearense verificou-se uma concentração de pessoas institucionalizadas, cujas profissões enquadram-se em um perfil que exigem pouca ou nenhuma qualificação técnica e educacional. Esta realidade está bastante aproximada ao que observou-se, na mesma pesquisa, nos demais estabelecimentos de mesma natureza no país. Ou seja, tratavam-se de trabalhadores de serviços administrativos, vendedores do comércio, da área agropecuária, florestais e da pesca. Este grupo concentrava 26% dos pacientes. Além disso, outras 27% das pessoas não tinham profissão.

Mesmo em face dos textos encontrados, percebe-se não haver estudos consolidados que trazem considerações mais aprofundadas sobre as nuances da inserção desse grupo populacional no mundo do trabalho, sobretudo quando o quadro de saúde do paciente implica limitação psicossocial ou manifesta ruptura com a realidade. Ambas condições podem ser comuns entre os pacientes sob tratamento psiquiátrico, e estes cenários têm potencial em contribuir para que tais pessoas venham encontrar fortes barreiras para ingressar ou permanecer no mercado de trabalho, seja em função dos preconceitos e estigmas vigentes ou devido às repercussões sobre as habilidades profissionais (Assunção, 2017).

Nessa perspectiva, verificamos a dura realidade de uma sociedade onde as pessoas com transtornos mentais compartilham desafios comuns relacionados à sua condição social e econômica, ao apoio social e às suas condições de vida. Destacam-se, sobretudo, expressões como o enfrentamento do estigma e da discriminação; a vivência de situações de violência e abuso; a exclusão da participação na sociedade; o acesso reduzido aos serviços de saúde e educação; a exclusão de oportunidades de geração de emprego e renda; a diminuição de recursos e ao aumento da marginalização e vulnerabilidade; as restrições no exercício de seus direitos civis e políticos, e de sua possibilidade de participar na esfera pública, dentre outros (Who, 2010).

Essas realidades de desigualdade, anteriormente explicitadas, têm gerado contradições e antagonismos que dialogam potencialmente com o recorte populacional amparado pela Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Haja vista que as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, sobretudo as submetidas à internações em Manicômios Judiciários, têm suas trajetórias de vida perpassadas por cenários de vulnerabilidade, estigmas e exclusão social.

2.3 Definição da perspectiva avaliativa priorizada na pesquisa

Conforme exposto anteriormente, as escolhas que o pesquisador faz a partir do momento em que se propõe à realização de uma pesquisa, seja a definição da temática a ser abordada ou mesmo a metodologia que será adotada para a construção do estudo, invariavelmente dialogam com as predileções do autor e com as inquietações que o motivam a mergulhar em um campo de investigação científica.

Por conseguinte, tenho o entendimento de que o pesquisador participa do método e é parte importante da pesquisa, superando a ideia de neutralidade e imparcialidade. Ou seja, o autor precisa compreender que participa da pesquisa e, assumir e reconhecer sua posição diante desta. Tal ponto é importante, não para construir uma pesquisa que procederá com a defesa ou a crítica pessoal em relação a determinado assunto, mas para identificar de que lugar a avaliação está sendo feita, e como este lugar, de onde o pesquisador olha, pode interferir na observação do objeto e nas conclusões finais (Oliveira, 2023).

Ainda com base nas ideias do autor acima citado, ressalta-se, portanto, que a superação da noção de neutralidade e imparcialidade não deve ser visualizada como o abandono da objetividade no processo de pesquisa. Logo, a participação ativa do pesquisador no estudo começa pela maneira como ele é afetado/atravessado pela realidade que o cerca, a realidade concreta, que produz formas de pensar e de julgar no indivíduo, que passa a tentar entender, cada vez mais, o contexto no qual está inserido (Oliveira, 2023).

Compreendo, portanto, que o processo de investigação é permeado por uma complexa e paradoxal relação entre o sair e o adentrar das teias que tecem o objeto a ser pesquisado. Nesse sentido, toda investigação científica é motivada por um problema, uma dúvida ou uma demanda social advinda da realidade empírica, na

qual o pesquisador também pode estar inserido (Minayo, 2001). Nesse caso, a dúvida é: é possível implantar a Política Antimanicomial do Poder Judiciário?

Há um fragmento do texto *O Conto da Ilha Desconhecida*, de autoria do reconhecido escritor José Saramago, que diz: “não ignoro que todas as ilhas, mesmo as conhecidas, são desconhecidas enquanto não desembarcarmos nelas.[...] é necessário sair da ilha para ver a ilha”. A partir dessa metáfora, sinalizamos que, embora se faça importante um primeiro movimento de distanciamento do pesquisador no ato do processo da pesquisa, como se estivesse afastando-se da ilha para observá-la/compreendê-la, a dita neutralidade científica se desfaz, pela necessidade de uma interlocução mais intimista com a visão de mundo do observador que, inclusive, define o objeto de estudo, mostrando que também é necessário “desembarcar na ilha” para compreendê-la (Saramago, 1998).

É notório que tal circunstância pode complexificar a capacidade de objetivação na condução da pesquisa, contudo cabe ao autor do estudo empreender esforços no sentido de arrefecer os seus sentimentos e rechaçar as suas paixões para o fiel cumprimento da investigação científica (Paugam, 2015).

Porém, é preciso reconhecer que não somente o controle dos impulsos do pesquisador pode ser responsável por garantir a execução plena do processo constitutivo de uma pesquisa científica acadêmica, que objetiva lançar seu olhar sobre uma política pública. É necessária a adoção de metodologias de avaliação adequadas, bem como a incorporação de técnicas pertinentes que possibilitem elevar a eficiência, eficácia e efetividade social do estudo.

A existência de poucas experiências e a escassez de uma tradição de avaliação sistemática de implantação, desempenho e de resultados de políticas públicas no Brasil, têm sido apontados por muitos estudiosos como elementos significativos que constituem, na atualidade, o cenário do campo da avaliação de políticas públicas. Destaca-se, ainda, que além da notória carência de estudos dedicados a empreender processos avaliativos dessas políticas, há uma lacuna de pesquisas a respeito de metodologias de avaliação (Vianna; Amaral, 2014).

Posso dizer que, até mesmo este estudo, em específico, que se propõe percorrer um caminho metodológico na avaliação de uma política pública também é bastante vanguardista no país, sobretudo ao pautar a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, levando em consideração a especificidade da temática que envolve a política em estudo e a atualidade do seu debate.

No Brasil, como mencionei, a tímida valorização do exercício avaliativo de políticas públicas, bem como a carência de literatura teórica sobre metodologias empregadas e experiências avaliativas já executadas, configuram-se como a sinalização de recomendação da discussão conceitual e metodológica acerca deste campo do saber.

Conforme expõe Vianna e Amaral (2014),

[...] a tradição brasileira usualmente organiza o desenho de uma política ou programa público em uma sequência de fatores correspondentes a graus sucessivos de agregação de objetivos: propósito (missão) à objetivo à meta à atividade. Ou seja, pensa-se inicialmente no propósito ou missão da política, definem-se então os objetivos, em seguida as metas e, por fim, as atividades por meio das quais se buscará alcançar o propósito definido no início. Ainda [...] atividades geram produtos, metas motivam resultados, objetivos originam efeitos e propósitos produzem impactos.

Desse modo, avaliar políticas públicas apresenta-se como um expressivo desafio para pesquisadores, pois as demandas pelo rastreio e inovação em conceitos e metodologias avaliativas estão alicerçados na rejeição crescente aos modelos tradicionais, que não permitem apreender, na sua totalidade, os fluxos e nexos entre a tomada de decisão, a implantação, execução, resultados e impactos produzidos pelas políticas públicas. Mas, as organizações governamentais também têm enfrentado esse desafio, haja vista que têm sido pressionadas, sobretudo pela população usuária dos serviços públicos, pelas instâncias de fiscalização e controle social, ou até mesmo pelos órgãos de fomento e/ou agentes financiadores, para demonstrarem a eficiência, eficácia e efetividade dos serviços/programas ofertados (Vianna; Amaral, 2014).

Dialogando com o exposto acima, Farah (2016) colabora dizendo:

Na última década, no entanto, a centralidade atribuída à política pública foi acompanhada por mudanças nesse cenário. A importância assumida pelas políticas públicas têm exigido não apenas estudos de políticas públicas, mas também pesquisas que subsidiem a formulação, a implementação e a avaliação de políticas.

A avaliação de políticas públicas busca lançar um olhar sobre o seu objeto, na perspectiva de conhecer o seu resultado, tendo como centro de sua investigação o processo de implantação/implementação da política. Importante ressaltar que, quando se fala em resultado, está se referindo às concepções de

desempenho, consequência, efeito, impacto ou produto de ações e estratégias da política pública em questão (Cavalcanti, 2007).

Ao tratar sobre avaliação de políticas públicas, vislumbra-se um estudo da relação causal entre o objetivo e o resultado que a política (ou programa) propôs alcançar, ou mesmo entre a proposta defendida e o impacto social esperado. Ou seja, configura-se como um processo que tem por base a racionalidade dos meios e a coerência entre objetivo, meios e fins desejados (Chrispino, 2016).

Autores como Belloni, Magalhães e Sousa (2001) defendem que alguns programas, projetos e políticas podem ser mais facilmente avaliados, quando considerados os impactos quantitativos. Contudo, outros se tornam mais desafiadores, em virtude da singularidade, capilaridade ou mesmo complexidade e dificuldade mais acentuadas. Esse fato pode demonstrar que, apesar de estar no campo da racionalidade, a avaliação de políticas públicas específicas (com recortes, públicos e contextos singulares) requer um aprofundamento na construção de sua avaliação.

Para tanto, há que se reconhecer, conforme compreende Farah (2016), que a análise da trajetória de políticas públicas no Brasil necessita incluir o olhar de variados campos disciplinares e multidisciplinares, contando com a participação de profissionais de diferentes formações e áreas do saber. É necessário que haja uma diversificação do lócus onde a avaliação se desenvolve e dos atores nela envolvidos.

Nesse contexto, torna-se essencial a definição da metodologia ou técnica que será utilizada na avaliação da política pública em pauta nesta pesquisa. Posto que, é no decorrer do processo de avaliação dos produtos, resultados, efeitos e impactos que se poderá averiguar o sucesso da política implantada.

Dessa maneira, o itinerário avaliativo deste estudo tomará como horizonte a perspectiva da avaliação em profundidade, tendo em vista que quanto mais mergulha-se na situação estudada, mais se torna possível ampliar o campo de investigação. Assim, torna-se possível alcançar uma noção de processo como balizadora da avaliação.

Pretende-se empreender o exercício de avaliar por esse lócus porque deseja-se privilegiar o sentido de avaliação como compreensão. Isto considerando que a avaliação em profundidade implica uma extensa, detalhada, densa, ampla e multidimensional análise, contemplando a multi e interdisciplinaridade (Rodrigues, 2008).

Este procedimento metodológico se justifica em virtude de sua natureza qualitativa, por permitir que se possa apreender as representações, visões de mundo e perspectivas dos atores envolvidos na política em estudo. Ou seja, assenta-se como um método de avaliação que leva em consideração a estrutura de significados dados na ação social. Pretende-se avaliar a implantação da política considerando, essencialmente, as múltiplas significações apresentadas pelos diferentes atores (Gussi, 2008).

De acordo com o que menciona Rodrigues (2008), ao se pautar a avaliação de uma política pública, é crucial compreender que não é possível alcançar um resultado definitivo e acabado, isso porque a avaliação em profundidade embasa-se por visões advindas dos sujeitos participantes do processo, que sentem e interpretam tais situações de maneiras diversas.

Com isso, é possível integrar variados elementos de informação, quando buscamos aspectos, perspectivas e dimensões diferentes, ou seja, uma convergência de elementos que possam responder às questões da pesquisa em toda a sua complexidade. Seria, posso dizer, uma fusão de linhas de informações distintas de forma a possibilitar o alcance de uma percepção mais completa do todo (Lejano, 2012). Realizar uma trilha nesses moldes requer que o pesquisador lance mão de habilidades potentes na criação de condições que permitam extrair todas as perspectivas necessárias.

Conforme sistematizado por Rodrigues (2008), no percurso do estudo avaliativo de uma política pública, podemos lançar mão de quatro eixos que podem nortear as análises, sendo eles: 1) o conteúdo programático da política; 2) o contexto da formulação da política; 3) trajetórias institucionais da política; e 4) espectro temporal e territorial.

Abaixo, sistematizamos um quadro que sintetiza o detalhamento e contextualização acerca dos eixos acima apontados.

Quadro 1 - Descritivo dos eixos de análise da perspectiva avaliativa de Avaliação em Profundidade.

Eixos de análise	Características
Conteúdo do programa/política	Compreende a análise dos objetivos, critérios, dinâmica de implantação, acompanhamento e avaliação da política pública. Também estuda as bases conceituais (paradigmas orientadores e as

Eixos de análise	Características
	concepções), bem como os conceitos e noções centrais que sustentam a política.
Contexto da formulação da política	Análise do momento político e condições socioeconômicas em que o programa/política foi formulado e encerrado, bem como a apreensão do modelo político, econômico e social que sustentou a política à época de sua formulação.
Trajetórias institucionais da política	Análise do grau de coerência/dispersão do programa/política ao longo do seu trânsito pelas vias institucionais, nos distintos níveis e camadas organizacionais e hierárquicas. Segundo Rodrigues (2008), quando uma/um política/programa é formulada na esfera federal, para ser avaliada/o, é importante a reconstituição de sua trajetória, ou seja, as mudanças nos sentidos dados aos objetivos do programa e à sua dinâmica, conforme transita por espaços diferenciados e, ao mesmo tempo, desce nas hierarquias institucionais até chegar à base.
Espectro temporal e territorial	Apreensão da configuração temporal e territorial do percurso do/a programa/política de forma a confrontar as/os propostas/objetivos gerais da política com as especificidades locais e sua historicidade.

Fonte: Quadro adaptado pelo autor.

A partir da observação da conceitualização apresentada no quadro acima, torna-se necessário discorrer sobre como estes quatro eixos, preconizados por Rodrigues (2008), estão integrando-se dentro do desenho do presente estudo.

Os primeiro e segundo eixos, referentes ao Conteúdo da Política e Contexto da Formulação da Política, busco expressá-los, de maneira simples, por meio do referencial teórico, sendo ele apresentado ao longo de toda a pesquisa. Isso porque abordarei acerca da linha histórica de construção da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, que parte da contextualização dos cenários da pesquisa, onde abordo aspectos relevantes acerca das trajetórias da saúde mental e da reforma psiquiátrica no Brasil e no cenário cearense; trago reflexões sobre os paradigmas existentes na relação entre a área da saúde mental e o sistema de justiça; e teço um olhar crítico sobre a medida de segurança e a atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no sistema prisional. Tendo esta base, chego

na abordagem da instituição da política pública em estudo, no ano de 2023, com a publicação da Resolução nº487/2023 do Conselho Nacional de Justiça.

É, também, na perspectiva de alcançar os eixos sinalizados acima, que esboço apontamentos mais aprofundados sobre os elementos que estão entremeados na constituição e trajetória Política Antimanicomial do Poder Judiciário, exploro os desdobramentos da referida política no cenário cearense, lançando um olhar sobre o Manicômio Judiciário - Instituto Psiquiátrico Governador Stenio Gomes (IPGSG), contextualizando-o historicamente, apresentando características importantes e dados básicos sobre o perfil do mesmo para, enfim, pautar o processo de desinstitucionalização dos pacientes que encontravam-se recolhidos nesta unidade do sistema prisional.

No que concerne ao terceiro eixo, acerca das trajetórias institucionais da política, esforço-me para alcançá-lo tanto nas discussões que compõem o referencial teórico (já mencionadas acima), quanto nas informações extraídas do meu diário de anotações, material que ilustra a trajetória da política no cenário cearense, por meio de registros oriundos da minha interação cotidiana com o objeto da pesquisa, enquanto profissional, integralmente participante, do processo de implantação da política pública em estudo.

Em suma, o quarto e último eixo, que representa o espectro temporal e territorial da política, buscarei contemplá-lo, em certa proporção, por meio das explanações apresentadas com base em meu diário de anotações, com minhas percepções e relatos, constituídos através da participação cotidiana na pauta. É certo que esses dados estarão conectados ao arcabouço teórico do estudo.

Posso inferir, portanto, que a abordagem adotada enfatiza a interconexão entre os diferentes eixos de análise, especialmente no que se refere aos aspectos temporais e territoriais. O eixo territorial, que examina o percurso da política através dos espaços institucionais e socioculturais ao longo de sua implantação, está profundamente relacionado à trajetória institucional da política. Essa trajetória não se limita ao movimento entre as esferas federal, estadual e municipal, mas também engloba a absorção e aplicação da política em contextos variados (Rodrigues, 2016).

Ainda envolvido pelo ponto de vista de Rodrigues (2016), percebo que a dinâmica da trajetória institucional expõe os movimentos da política por diferentes espaços políticos, econômicos e socioculturais. Esse processo inclui a interação com uma diversidade de interesses, disputas de poder e forças políticas locais, o que

sujeita a política a múltiplas apropriações e influências. Essa complexidade pode gerar variados desdobramentos, tornando evidente a importância de considerar as especificidades socioculturais locais e/ou regionais, as quais podem impactar a eficácia e a adequação da política.

É por isso que afirmo: a abordagem proposta para o presente estudo avaliativo visa transcender uma análise superficial, investigando as complexas interações entre os diversos componentes da política pública em avaliação. Isso possibilita uma compreensão mais aprofundada e abrangente de seu impacto em diferentes contextos.

Nesse sentido, faço questão de destacar algo crucial para a compreensão dos sentidos desta pesquisa: é indispensável reconhecer que a configuração escolhida para o presente estudo pode não alcançar, em toda a sua plenitude, a imersão nos quatro eixos preconizados por Rodrigues (2008). Por outro lado, é inegável que as abordagens aqui empreendidas, com as riquezas de suas singularidades, dialogam, em maior ou menor grau, com eles.

É sabido que algumas lacunas podem emergir ao longo das discussões apresentadas nesta pesquisa, deixando a sensação de que o presente estudo não deu conta do todo. De fato, não deu. Mas, considerando a complexidade da temática que envolve a política pública em estudo, a atualidade de sua publicação e implantação e o vasto leque de vieses de olhar investigativo que podem ser lançados sobre ela, parto do princípio de que um único estudo não seria capaz de alcançar o feito de esgotá-la. Fazendo-se, assim, necessário que outros processos investigativos possam se debruçar sobre ela, complementando as análises que apresento aqui.

Portanto, conforme destaca Rodrigues (2008), ao refletir sobre esses eixos, é fundamental compreender que cada método de avaliação é influenciado por diferentes perspectivas e concepções sobre a ciência e sua aplicação. Nesse sentido, é essencial definir claramente o conceito de avaliação, de modo que ele esteja em consonância com a pesquisa.

A proposta de adotar a avaliação em profundidade sugere tratá-la como um processo abrangente, minucioso, complexo e multifacetado. Esse enfoque, por si só, determina, como já apontamos anteriormente, a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade como elementos essenciais para o desenvolvimento da pesquisa (Rodrigues, 2008).

Servindo-me das palavras da consagrada autora, citada acima, vejamos o que ela nos acrescenta:

As primeiras condições para a realização de uma avaliação em profundidade, como exposto em Rodrigues (2008), foram de que a mesma conseguisse ser ao mesmo tempo extensa, detalhada, densa, ampla e multidimensional, o que exigiria uma abordagem multi e interdisciplinar. Estes elementos já situam a proposta como crítica aos modelos positivistas de análise, centrados em um saber fragmentado, disciplinar e especializado, afirmando, de outra forma, a incapacidade dos paradigmas dominantes vigentes em fornecer soluções para problemas e fenômenos cada vez mais complexos (Rodrigues, 2016, p.107).

Se neste percurso, tendo como horizonte a busca pelas múltiplas significações dos materiais apresentados na pesquisa, se lançar um olhar antropológico, é interessante que se atente ao fato de que, não se trata apenas do reconhecimento e registro das informações, e sim da busca pelo significado de tais elementos identificados. O processo de acercamento e descoberta desse significado pode ser trabalhoso, mas o resultado é enriquecedor à pesquisa proposta (Magnani, 1996).

Com isso, para melhor percorrer a trilha avaliativa, utilizarei o emprego de diferentes técnicas, distintos processos de produção e meios de coleta de dados, de modo que seja possível propor uma avaliação próxima da experiência, ampla e multidimensional.

2.4 Abordagem metodológica da pesquisa, estratégias e técnicas de coleta de dados

A metodologia significa o caminho e/ou percurso que será realizado pelo pesquisador a fim de que este possa alcançar os objetivos propostos em sua pesquisa. Desse modo, a metodologia configura-se como o momento em que o pesquisador coloca-se diante do seu estudo e escolhe onde ele será realizado, quem serão os sujeitos/cenários observados, quais serão os instrumentos a serem utilizados e as fontes para a obtenção das informações necessárias à sua construção.

De acordo com Gondim (1999), a metodologia explicita as questões norteadoras e as estratégias que serão utilizadas para a abordagem empírica do objeto, as quais devem ser articuladas ao quadro teórico adotado, estando presente

desde o início do projeto, na medida em que é muito difícil separar o que fazer de como fazer.

Desse modo, como esta pesquisa pretende trazer à tona o que a experiência da desinstitucionalização do Manicômio Judiciário cearense representa, dentro de um cenário mais amplo da implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário no Ceará, há que se levar em consideração, não somente o arcabouço teórico que alicerça a concepção e o desenvolvimento das ações da política, mas também, a minha percepção e os meus registros, enquanto pesquisador e interlocutor do estudo, acerca da temática proposta. É preciso ouvir o que se tem a dizer (Martinelli, 1999).

Não digo, com isso, que os dados quantitativos ou a base teórica não são importantes, aliás, conforme expõe Baptista, a pesquisa quantitativa não deve ser oposta à pesquisa qualitativa, mas ambas devem sinergicamente convergir na complementaridade mútua (Baptista, 1999). Contudo, entendemos que são os dados de cunho qualitativos que permitirão que a presente pesquisa alcance seu objetivo. Nessa perspectiva, destacamos que:

Parte-se de uma perspectiva muito valiosa, porque à medida que se quer localizar a percepção dos sujeitos, torna-se indispensável [...] o contato direto com o sujeito da pesquisa. Trata-se, portanto, de uma outra ambiência, onde vamos privilegiar instrumentos que superam o questionário, o formulário e que vão incidir mais na narrativa oral, na oralidade. [...] esse é o motivo pelo qual as pesquisas qualitativas privilegiam o uso de uma abordagem em que o contato do pesquisador com o sujeito é muito importante (Martinelli, 1999, p. 21-22).

Portanto, é nessa direção, apresentada pelas pesquisas qualitativas, dando maior ênfase aos instrumentos de fonte oral, que caminho buscando os significados de vivências (Martinelli, 1999).

Com isso, cabe afirmar, que este estudo propõe trilhar o percurso metodológico de pesquisa qualitativa, um caminho de busca pelos significados das experiências de desinstitucionalização do Manicômio Judiciário cearense e algumas percepções atribuídas por minha participação direta neste processo. A escolha de tal abordagem tem por objetivo explicar, de maneira mais aprofundada, o significado e as características das informações apresentadas, sem a mensuração quantitativa.

Por tratar-se de uma pesquisa que busca apreender percepções, significados e concepções, realizo esse estudo a partir de um dado lugar, de onde represento um conjunto de sujeitos. Isso significa que, em certa medida, me inspiro

no recurso metodológico de sujeito coletivo para me situar diante da pesquisa. Emprego, aqui, esse conceito em aproximação com o que expõe Martinelli. Segundo essa autora:

[...] a concepção de sujeito coletivo, no sentido de que aquela pessoa que está sendo convidada para participar da pesquisa tem uma referência grupal, expressando de forma típica o conjunto de vivências de seu grupo. O importante nesse contexto, não é o número de pessoas que vai prestar a informação, mas o significado que esses sujeitos têm em função do que estamos buscando com a pesquisa (Martinelli, 1999, p. 24).

Baptista, referindo-se ao processo de construção de uma pesquisa, nos fala que:

É vital a acuidade inventiva do pesquisador, que é um ativo descobridor do significado das ações e das relações que se ocultam nas estruturas sociais, devendo captar o universo das percepções, das emoções e das interpretações dos informantes no seu contexto. O pesquisador deve experienciar o espaço e o tempo vividos pelos investigados e partilhar de suas expectativas, para reconstruir o sentido que os atores sociais dão ao objeto da pesquisa (Baptista, 1999, p. 37).

O argumento apresentado pelo autor citado acima, endossa e impulsiona a escolha que faço para empreender o caminho constitutivo deste estudo. Ou seja, ao lançar mão de minha acuidade inventiva como pesquisador, vislumbro em minha participação cotidiana no processo de desinstitucionalização do Manicômio Judiciário cearense e nos registros elencados em meu diário de anotações, uma rica fonte de elementos de análise para o estudo.

Do mesmo modo, ao considerar que o pesquisador deve experienciar o espaço e o tempo vividos pelos investigados, para reconstruir os sentidos e significados daquela experiência, me vejo convicto de que a imersão nas ações e rotinas do processo de desinstitucionalização dos pacientes do Instituto Psiquiátrico Governador Stenio Gomes (IPGSG), dão-me elementos cruciais e relevantes a serem aportados dentro do processo avaliativo da implantação da política pública em tela.

Para que fosse possível alcançar o objetivo dessa pesquisa, a trajetória metodológica referida anteriormente, iniciou-se a partir da realização de pesquisa bibliográfica e documental (revisão de literatura) sobre a temática em questão, tendo em vista que essa fase se destina a analisar os textos, livros, artigos científicos, legislações, relatórios, entre outros materiais, que se referem ao tema proposto.

Esse é um dos componentes da trajetória metodológica que empreendo, a pesquisa bibliográfica e documental (revisão de literatura). Onde pautei o universo relacionado a política em questão neste estudo. No que tange à análise documental, cabe mencionar, que esta é uma técnica importante de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja apresentando novos elementos de um tema ou problema.

Neste estudo, concordo com Lüdke e André (Philips, 1974 apud Lüdke; André, 1986), que entende como documentos quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano. Estes incluem desde leis e regulamentos, normas, pareceres, cartas, memorandos, diários pessoais, autobiografias, jornais, revistas, discursos, roteiros de programas de rádio e televisão até livros, estatísticas e arquivos escolares (Ludke, 1986).

Aponto, no quadro abaixo, os principais documentos nos quais me embaso no decorrer do presente estudo:

Quadro 2 - Elenco dos principais documentos que embasam o estudo.

Documento	Descrição
Lei nº 10.216/2001 - Lei da Reforma Psiquiátrica.	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial em saúde mental e veda a internação em instituições com características asilares.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Instituída por meio da Portaria Interministerial n. 1/2014, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, bem como da Portaria n. 94/2014, do Ministério da Saúde, que institui o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP.
Estatuto da Pessoa com Deficiência.	Instituído pela lei nº 13.146/2015 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, que assegura e promove, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.
Resolução nº 487 de 15/02/2023.	Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das

Documento	Descrição
	medidas de segurança.

Fonte: Quadro adaptado pelo autor.

É importante dizer que a leitura e a consequente apropriação teórica acerca do tema, constituíram o arcabouço necessário para dar maior segurança em minhas exposições teórico-analíticas e nos relatos de vivências apresentados, bem como conferir maior confiabilidade ao trabalho.

É neste cenário em que busco as referências teóricas que me permitam explorar as categorias basilares deste estudo, debatendo acerca do campo da saúde mental; da reforma psiquiátrica; das relações entre saúde mental e sistema de justiça, por meio da discussão sobre medida de segurança; as caracterizações sobre Manicômios Judiciários; e sobre a perspectiva da desinstitucionalização.

Em seguida, a dimensão de pesquisa de campo – pesquisa empírica - se expressará através dos relatos das vivências experimentadas, a partir da minha participação no âmago do processo de desinstitucionalização do Manicômio Judiciário cearense, registradas em meu diário de anotações.

Para alcançar tal dimensão, faço um passeio pelos inúmeros registros presentes neste diário de anotações. Um caderno simples, com anotações corriqueiras, mas rico em uma variedade de escritos que se desdobraram a partir do meu olhar atento, investigativo e participante na intimidade do processo de desinstitucionalização do IPGSG. Tais registros marcam o passar do tempo, haja vista que tomo nota da trajetória desse processo, desde as primeiras reuniões acerca do tema até o acontecimento do pleno fechamento do Manicômio Judiciário.

Isso me ajuda a historicizar esse relevante feito, no âmbito da política pública em estudo, uma vez que as anotações perpassam desde as atas de importantes reuniões de articulação interinstitucional, pontuam acerca dos cenários encontrados no transcorrer dos processos de trabalho, alcançando até os complexos e, por vezes, emocionantes relatos dos desdobramentos da política nas histórias de vida dos pacientes a caminho de sua desinstitucionalização.

Uma das grandes vantagens apresentadas para a utilização desse tipo de recurso, é que ele pode ser capaz de produzir um nível de apontamentos ilustrativos, acerca do cenário em estudo, bem mais abrangente do que um questionário aplicado

a um entrevistado poderia oferecer, naquele momento. Além de que, inegavelmente, a intensa interação entre pesquisador e campo de pesquisa configura-se como uma grande oportunidade de favorecer análises mais espontâneas e esclarecedoras.

Segundo Boni e Quaresma (2005), a proximidade maior entre o pesquisador e o campo de pesquisa, permite ao estudioso perceber e, por conseguinte, tocar em assuntos mais complexos e delicados. Ou seja, embora os autores mencionados ressaltem a significativa importância da realização de entrevistas (em especial, as semiestruturadas) para o alcance de dados relevantes ao estudo, interpreto que para esta pesquisa, as pontuações feitas a partir dos relatos extraídos do diário de anotações, traz maior favorecimento à uma troca mais efetiva entre duas partes: o pesquisador e quem lê o estudo. Esse procedimento, acredito, possibilitará a oportunidade de refletirmos e debatermos juntos, pesquisador e leitoras/es, o tema proposto e suas conexões.

Mas, ao entender a complexidade de se estruturar uma pesquisa da proporção desta que proponho, é necessário considerar a possibilidade de não limitar-se a utilização de apenas um recurso. Ao contrário, é preciso expandir o olhar e agregar ao processo metodológico alternativas que possam tornar viáveis (ou facilitar) a ilustração da realidade que se debate no estudo e, conseqüentemente, o caminho para a compreensão das/dos leitoras/es.

Desta maneira, considera-se ,ainda, a possibilidade de lançar mão de registros fotográficos - extraídos do meu arquivo pessoal ou cedido por outros atores envolvidos no processo de implantação da política em estudo - que possam agregar na capacidade ilustrativa da realidade sobre a qual se discorre nesta pesquisa.

No que concerne ao universo de sujeitos da pesquisa, estes serão os pacientes egressos do processo de desinstitucionalização do Manicômio Judiciário cearense, haja vista que são suas histórias de vida que encontram-se diretamente atravessadas pelos processos de trabalho engendrados em minha atuação profissional sobre esta pauta, bem como, de forma mais abrangente, pela política pública em estudo.

Os critérios que balizaram a escolha de pautar a desinstitucionalização do IPGSG, a partir dos relatos de minha participação direta dentro deste processo, podem ser sintetizados em três aspectos: I) por desempenhar o papel de referência técnica estadual da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei -

EAP que, por primazia, desenvolveu a articulação e operacionalização da ação mais importante do processo de implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, que foi a desinstitucionalização do Manicômio Judiciário cearense e o consequente encerramento de suas atividades; II) por ser membro participante e constituidor do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA)¹⁶; III) o recurso de tempo disponível para a elaboração e publicação do presente estudo, que me levaram às escolhas metodológicas já mencionadas.

Considerando a utilização dos recursos mencionados, bem como os elementos constituidores de interlocução da pesquisa, entendo que não estarei trazendo à tona verdades absolutas, mas sim, de realidades que são alicerçadas a partir de uma teia de relações estabelecidas por mim, pelo campo de pesquisa e pela sociedade. Ou seja, a realidade apresentada como objeto da pesquisa configura-se como produto da ação recíproca dos homens (Marx, 2009).

Isso significa, de acordo com Netto (2009), que o objeto da pesquisa tem uma existência objetiva, que independe da consciência do pesquisador. De acordo com Minayo (2014) podemos dizer que nenhuma das linhas de pensamento sobre o social tem o monopólio de compreensão total e completa sobre a realidade. Por isso, reafirmo, não se esgotam aqui as possibilidades de discussão sobre esta mesma temática e/ou campo de pesquisa.

2.5 Método de análise dos dados

Para a realização das avaliações propostas pelo presente estudo, vários caminhos são possíveis, contudo a escolha destes se dá a partir da corrente de pensamento a que o investigador se filia (Minayo, 2014). Portanto, aqui adotar-se-á a técnica da Análise de Conteúdo, entendendo que ela se debruça sobre uma temática

¹⁶ Este colegiado é responsável por supervisionar e promover a implementação de políticas públicas voltadas à saúde mental das pessoas em conflito com a lei, seguindo os princípios antimanicomiais. A medida considera a Resolução nº 487/2023, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), sobre a Política Antimanicomial e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a lei federal nº 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Caberá ao Comitê garantir efetividade à política antimanicomial, por meio de procedimentos para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, réus ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto. Além disso, deve conferir diretrizes para assegurar os direitos dessa população.

permitindo a identificação de padrões, temas e significados em textos, discursos ou comunicações.

Caracterizando este método, cabe mencionar que a Análise de Conteúdo é uma técnica metodológica consolidada no campo da pesquisa qualitativa, comumente utilizada no âmbito das ciências humanas e sociais. Originalmente proposta por Laurence Bardin, em 1977, ela visa transformar dados qualitativos em informações interpretáveis e sistemáticas.

A técnica sistematizada por Bardin, configura-se a partir de uma estrutura dividida em três etapas principais, sendo elas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise, o pesquisador seleciona e organiza a coletânea de dados; na exploração, realiza a codificação e categorização dos dados; e, por fim, no tratamento, interpreta os resultados à luz das questões de pesquisa (Bardin, 2011).

Efetivamente, a análise de conteúdo é uma das técnicas mais aprofundadas e privilegiadas por diferentes autores de referência (Amado, 2017 e Bardin, 2011 por exemplo), precisamente por se considerar uma técnica flexível e adaptável às diferentes estratégias de recolha de dados utilizadas pelos investigadores, permitindo fazer inferências interpretativas essenciais à fase de discussão dos resultados (Amado, 2017).

Dessa maneira, a partir das definições apresentadas, é possível ressaltar algumas características indissociáveis da análise de conteúdo, tais como: a objetividade, a sistematicidade e a sua replicabilidade. Conforme Amado (2017), esses elementos lhe conferem atributos metódicos e exigentes. Dito isso, importa mencionar que esta técnica de análise de dados advém da necessidade de rigor e da verificação prudente e interpretação brilhante (Bardin, 2011).

Considero importante destacar que, muito embora seja inegável a sua relevância histórica, a análise de conteúdo tem sido alvo de críticas por sua aparente estagnação metodológica. Estudos indicam que, no Brasil, há uma predominância do uso da sistematização elaborada por Bardin, com pouca incorporação de novas abordagens ou atualizações metodológicas, o que pode comprometer a qualidade e a inovação das pesquisas (Sampaio, 2002).

Dentro dessa perspectiva, com o objetivo de enriquecer a aplicação da técnica da Análise de Conteúdo, diversos pesquisadores vêm buscando promover a integração de novas perspectivas teóricas e metodológicas como, por exemplo, as

propostas por Flick (2004) e Denzin; Lincoln (2006), que enfatizam a importância da triangulação de dados e da reflexividade no processo de pesquisa (Mendes et al, 2017).

Sintetizando, destaco que a análise de conteúdo segue apresentando-se como uma ferramenta valiosa na pesquisa qualitativa, contudo nota-se ser importante, para a ampliação de sua eficácia, a atualização contínua e a adaptação às demandas contemporâneas da ciência. A reflexão crítica sobre sua aplicação e a busca por inovações metodológicas são essenciais para garantir sua relevância e rigor científico (Mendes et al, 2017). Esta é uma postura adotada pela presente pesquisa.

Este projeto considerará, dentro desta perspectiva, a Triangulação para análise de dados, propiciando uma maior aproximação com a percepção de totalidade acerca da política pública em estudo e a unidade entre os aspectos teóricos e empíricos. Tal procedimento se desenvolverá a partir de três movimentos: preparação e estudo dos dados empíricos coletados; o diálogo com autores que estudam a temática em questão; e a avaliação conjuntural da política pública, conforme pontuado por Marcondes de Brizola (2014).

É imprescindível destacar, embora acredite que já esteja nítido, que para a construção das avaliações que compõem a presente pesquisa, opto por trabalhar com uma perspectiva de olhar crítico acerca da realidade investigada, tendo em vista que essa ótica almeja a compreensão da realidade como um todo, ou seja, leva em consideração que o fenômeno em questão deve ser entendido nas suas determinações, bem como nas suas transformações, em sintonia as concepções de Marx (2013).

A utilização dessa abordagem se justifica pela reconhecida intenção que trago, de que esse estudo possa ir além dos fenômenos apresentados. Ou seja, busco chegar à essência da questão possibilitando, assim, a apreensão mais profunda do objeto em estudo.

Me utilizo desse olhar crítico para investigar a problemática proposta, pois como nos mostra Bourdieu (1998), o real é relacional. Isso significa que só se pode compreender uma dada realidade se esta for considerada a partir de um espaço de possíveis, no qual está inserida, conferindo determinadas características aos agentes sociais que dela fazem parte.

Por meio desse caminho, posso realizar leituras críticas e reflexões que não estarão reduzidas apenas ao arcabouço teórico de referência ao tema, mas avançando, consigo ir mais além, ilustrando e debatendo cenários e experiências, de modo a abrir caminhos para a compreensão de significados e percepções acerca do tema proposto.

2.6 Os cenários da pesquisa e seus interlocutores

Ao passo que escolho pautar a Política Antimanicomial do Poder Judiciário no presente estudo avaliativo, sob o prisma da desinstitucionalização dos pacientes do Manicômio Judiciário cearense, é inevitável reconhecer a complexidade da abordagem sobre esta temática e seu campo de estudo, sobretudo acerca das nuances que a integram e delineiam a composição das ações voltadas para a sua implementação.

Sob este prisma, entendo como, igualmente complexo, o ato de apontar o cenário desta pesquisa. Embora paute-se, em alguma proporção, sobre o Instituto Psiquiátrico Governador Stenio Gomes (IPGSG) e o processo de desinstitucionalização dos pacientes que encontravam-se ali recolhidos, não estará fixado em um único lócus de investigação.

Na verdade, pretende-se aqui lançar olhares sobre diferentes perspectivas que simbolizam distintos espaços, campos e sujeitos. Tais perspectivas serão expressas através do próprio arcabouço normativo da Política Antimanicomial do Poder Judiciário; do Manicômio Judiciário cearense, o Instituto Psiquiátrico Governador Stenio Gomes (IPGSG); os pacientes em processo de desinstitucionalização e, em alguma proporção, a Equipe EAP, expressa através do meu olhar. Estes espaços/cenários/atores são considerados, para este estudo, como estratégicos para a implantação da política pública em debate.

Portanto, delineia-se aqui, que o cenário desta pesquisa é o vasto campo multifacetado e interinstitucional do processo de desinstitucionalização, onde se forja a implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, que se espraia perpassando o fazer profissional de diversos atores e dialogando com singularidades de inúmeros espaços e processos de trabalho, somando-se em esforços para a operacionalização das estratégias necessárias à implantação da polícia em processo de avaliação.

O marco para desenhar o cenário deste estudo é, sobretudo, a legislação que estrutura a política em pauta, a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). É a partir da publicação deste instrumento normativo, que as ações para a implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário transcorrem, desaguando no âmbito de atuação do poder executivo através, por exemplo, de instâncias da política pública de saúde, como a Equipe EAP (Brasil, 2023).

Dentro desse entendimento, estabelece-se como interlocutores desta pesquisa, assim como os cenários, também são os próprios instrumentos normativos, espaços de atuação e os processos de trabalho engendrados no horizonte na implantação da política pública em estudo, cujas funções são significativamente constitutivas das ações e estratégias essenciais para a operacionalização da política.

É importante destacar que, o esforço aqui empreendido, é para que as análises realizadas se pautem, essencialmente, em ponderações que objetivam, inicialmente, fortalecer o entendimento do contexto histórico e teórico do campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica. Ao mesmo passo em que problematiza-se a relação entre saúde mental e Sistema de Justiça.

A partir disso, busco apresentar e contextualizar sócio historicamente, a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, as concepções sobre desinstitucionalização, o panorama sobre o Manicômio Judiciário cearense e os pacientes que estiveram institucionalizados naquele estabelecimento; bem como ilustrar os principais aspectos e histórias que ilustram a trajetória da desinstitucionalização do IPGSG.

Mediante a exposição acima, torna-se oportuno reafirmar as intencionalidades imbricadas no presente estudo. Ou seja, ressaltar que, a escolha dos procedimentos adotados para desenvolver as abordagens da pesquisa, estão diretamente relacionadas à ideia de elevar ao debate a potência ilustrativa e historicizante do marcante processo de desinstitucionalização do Manicômio Judiciário cearense, por meio da riqueza dos relatos da minha experiência empírica, enquanto profissional que atuou diretamente dentro deste processo.

Este esclarecimento se dá através de duas dimensões. Na primeira, reconheço-me como interlocutor relevante deste processo, em virtude da minha inserção estratégica na composição do Comitê Estadual Interinstitucional de

Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA), sendo este um colegiado consultivo, deliberativo e ordenador da supervisão e promoção do desenvolvimento e operacionalização de ações e estratégias voltadas à saúde mental das pessoas em conflito com a lei, seguindo os princípios antimanicomiais, a partir das considerações da Resolução nº 487/2023, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), sobre a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, e em consonância com o que está estabelecido na normativa acerca dos procedimentos e diretrizes para fomentar a implementação da política.

Já no que se refere à segunda dimensão, considero-me ator estratégico e, por consequente, interlocutor relevante neste estudo, por ocupar um espaço privilegiado no locus de atuação frente a implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, que é a função de referência técnica estadual da Equipe EAP no Ceará. Potencialmente importante, sobretudo, pela possibilidade de desempenhar um papel crucial no desenvolvimento do principal processo de trabalho que se operacionalizou na trajetória da implantação política pública em estudo: a desinstitucionalização do Manicômio Judiciário cearense.

Foram nesses lugares, na atuação ativa dentro dessas instâncias, que pude estabelecer diversas relações interinstitucionais, acompanhar discussões e proposições importantes, fomentar a tomada de decisões acerca de fluxos e procedimentos para a implantação da política pública em estudo, adentrar por diversas ocasiões ao Manicômio Judiciário IPGSG e estabelecer uma íntima relação com àquele espaço e as histórias de vida sufocadas por aqueles gigantescos muros. Certamente, mantendo o olhar investigativo sempre atento, pude formar um rico material de registros que hoje me permitem constituir esta pesquisa.

3 CONTEXTUALIZANDO CENÁRIOS: DIÁLOGOS ENTRE SAÚDE MENTAL, SISTEMA DE JUSTIÇA E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE PACIENTES

A Política Antimanicomial, conforme já salientado neste texto, está inscrita em uma ampla arena de entendimentos e disputas, haja vista que a efetivação das ações por ela propostas, perpassam o escopo de atuação de diversas instituições e políticas públicas que, articuladas de maneira intersetorial e interinstitucional, tecem o cenário para a plena efetivação dessa política. Contudo, há dois campos que se destacam por estarem intrinsecamente conectados na concepção, na estruturação e na operacionalização da política: a saúde mental e o sistema de justiça.

Assim, após termos apresentado as nuances do percurso metodológico adotado nesta pesquisa, exploraremos agora uma cadeia de reflexões acerca de aspectos basilares para compreendermos a política pública em questão. Ou seja, é o momento de nos debruçarmos sobre os diálogos que se estabelecem entre o campo da saúde mental, o cenário do sistema de justiça e a execução da desinstitucionalização de pacientes do Manicômio Judiciário cearense.

Para isso, nesta seção abordaremos, inicialmente, aspectos relevantes acerca das trajetórias da saúde mental e da reforma psiquiátrica no Brasil e no cenário cearense. Com isso, traremos reflexões sobre os paradigmas existentes na relação entre a área da saúde mental e o sistema de justiça. A partir desses apontamentos, vamos tecer com mais enfoque um olhar crítico sobre a medida de segurança e a atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no sistema prisional.

É com base nessas reflexões e discussões teóricas, que estruturamos o desfecho desta seção trazendo os entendimentos apresentadas pelos nossos interlocutores sobre o vasto campo da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica, bem como as percepções que estes possuem sobre a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Esse material, que será analisado à luz do arcabouço teórico, poderá nos dar importantes elementos para nosso processo avaliativo da política em questão.

3.1 Trajetórias da área da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Ceará

A dita loucura sempre esteve perpassada por impressões místicas e estigmatizantes concebidas a partir do olhar de pessoas que se denominam “sãos” ou “normais”. Não há dúvidas de que empreender esforços no sentido de ressignificar esse tipo de cultura e entendimento caracteriza-se como uma tarefa árdua, contudo necessária.

No imaginário social firmou-se a falsa impressão de que as pessoas que possuem algum tipo de transtorno mental vivem “fora da realidade” e não são possuidoras de direitos. Portanto, não devendo a elas ser ofertada atenção e cuidados. Esta questão se torna ainda mais evidente quando lançamos o olhar sobre o contexto social vivenciado nos séculos XV e XVI, momento em que surgiram os manicômios (Amarante, 1998).

Os chamados “loucos” eram excluídos do convívio familiar e comunitário e colocados em instituições descomprometidos com qualquer orientação médica e científica. Na grande maioria dos casos, tais instituições eram mantidas por ordens religiosas que ofereciam amparo filantrópico.

Conforme nos aponta Mendes e Menezes (2013), as referidas instituições não abrigavam apenas pessoas com transtornos mentais, mas também indivíduos em abandono familiar, pessoas em situação de rua, dentre outros. Amarante (1995, p.65) descreve este cenário relatando que manicômios e hospitais psiquiátricos representavam o espaço de recolhimento de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizam ameaça a lei e a ordem social.

Embora o cenário descrito acima refira-se há um tempo consideravelmente longínquo e, logo na sequência, eu já traga a caracterização desta cena na atualidade, cabe-me reconhecer que, em uma primeira interpretação, essa conformação do texto pode dar à quem lê este estudo, a sensação de um salto temporal expressivo. Não seria um ponto de vista totalmente equivocado. Contudo, as/os convido a compreenderem minha escolha.

Pontuar aqui, ainda que brevemente, o contexto da institucionalização da loucura naquele período histórico mais distante, me parece sensato. Ao passo que, ao voltarmos o nosso olhar à configuração com que esse quadro se apresentava em

tempos mais remotos e, em seguida, visualizarmos os cenários que serão descritos - sobre estes mesmos retratos - em tempos mais contemporâneos, poderemos fomentar constatações significativamente relevantes para a discussão que o presente estudo objetiva fazer, unindo o resgate do tempo passado, as configurações do tempo presente e a projeção de um porvir.

Corroborando com essa lógica, a filósofa e escritora Hannah Arendt (1961), em sua obra *"Entre o passado e o futuro"*, reflete sobre a importância da memória e do passado na construção do futuro, e nos apresenta a relevante reflexão de que sem o considerar o passado, não há futuro, e que é somente por meio do confronto com o passado que podemos ter esperança de compreender e transformar o tempo presente.

Com isso quero dizer que, ao se fazer esse exercício reflexivo, poderá se tornar nítido o cenário acerca da manutenção e/ou reedição de certas práticas sociais e posturas institucionais, bem como a rigidez que a cultura da institucionalização da loucura manteve (e mantém) durante tanto tempo.

Maus tratos, falta de higiene, escassez e/ou má alimentação, isolamento e óbitos eram elementos comuns no vasto elenco de abusos e violações de direitos que persistiram por décadas nos ambientes manicomiais. A jornalista Daniela Arbex, autora da reconhecida obra *"Holocausto Brasileiro"*, nos dá algumas pistas importantes sobre esse cenário, ao descrever as características identificadas no Manicômio mais famoso do país, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, em Minas Gerais, conhecido mais popularmente pelo nome de Colônia (Arbex, 2019).

De acordo com Arbex (2019), o quadro que se tinha eram de pessoas que comiam fezes, bebiam urina ou esgoto, que rastejavam pelo chão em meio à esgoto aberto, conviviam com ratos, em que a nudez era a única opção em virtude do não fornecimento regular de vestimentas, dentre outras tantas situações desumanas a que eram submetidas.

Em meados da década de 1960, no Brasil, período da Ditadura Militar, tinha-se um cenário marcado pela existência e expansão de um grande número de hospitais psiquiátricos, em virtude do modelo de política de saúde adotado nesse momento histórico, onde grande parte deles eram privados conveniados. Esses estabelecimentos, assim, passaram a configurar expressivas fontes de lucro para o empresariado, tendo em vista o financiamento público existente para a construção

dessas unidades hospitalares, bem como a aquisição de serviços privados pelo poder público (Amarante, 1998).

O cenário mencionado passou a ser alvo de constantes denúncias a partir do avanço nas discussões acerca dos direitos humanos no século XX. Fato este que culminaria no clamor por uma Reforma Psiquiátrica. De modo geral, podemos apontar que o embrião da referida reforma está na crise irrompida em 1978, em hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro, onde denúncias realizadas por profissionais dos serviços de psiquiatria vieram a público, expondo as condições violentas e as práticas cotidianas de violações dos direitos humanos a que eram submetidos os pacientes. Neste momento, organizou-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM (Amarante, 1995).

Este foi o primeiro movimento coletivo que atuou com a finalidade de reformulação do modelo da assistência psiquiátrica no país. Tão logo foi constituído, em 1978, o MTSM já começou a integrar várias atividades importantes para a sua legitimação, tais como o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú (SC) e o I Simpósio Sobre Políticas Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro (RJ). Sobre este último, fazemos destaque para a participação de personalidades internacionais de renome na discussão desta pauta, tais como Franco Basaglia, Robert Castel, e Felix Guattari (Mezza, 2020).

Ainda em 1978, o MTSM se aproximou do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), onde atuou organizando Comissões de Saúde Mental em alguns dos estados do país, como destaque para Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Bahia. Já em 1979, este movimento integrou a organização do I Congresso de Saúde Mental em São Paulo, bem como a aproximou-se da recém-criada Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), fato este que representaria uma significativa estratégia de ampliação da capacidade de articulação do movimento com o campo mais geral da saúde (Amarante, 2018).

De acordo com Amarante (2018), no início dos anos 1980, diante da crise financeira enfrentada pela Previdência Social, surgiram propostas para reestruturar tanto a assistência médica, no contexto da previdência, quanto o sistema de saúde em geral. Muitos participantes do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) se envolveram nessas discussões. Com as mudanças políticas trazidas pela Nova República, foi convocada a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, que

transformou o campo da participação social no âmbito da formulação de políticas públicas.

Com um temário amplo, abordando discussões como "Saúde como direito", "Reformulação do sistema nacional de saúde" e "Financiamento do setor", decidiu-se convocar conferências específicas, incluindo uma dedicada à Saúde Mental. A realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, entretanto, aconteceu após muitos obstáculos, uma vez que, paradoxalmente, o setor de saúde mental do Ministério da Saúde à época era contrário às ideias reformadoras. No mesmo ano, realizou-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental, a partir de encaminhamento definido no encontro anterior. A segunda Conferência trazia ênfase na proposta de “uma sociedade sem manicômios” (Amarante, 2018).

O lema proposto coloca em evidência duas importantes transformações no movimento ao longo desse período. A primeira, faz referência à sua constituição, ao passo em que deixa de ser um coletivo estritamente de profissionais para se estruturar como um movimento social, agregando agora não apenas “os próprios “loucos” e seus familiares”, mas também uma gama de outros militantes no âmbito dos direitos humanos. O segundo diz respeito à sua imagem, ao seu objetivo de forma mais concreta. Isso porque, até aquele momento, tal aspecto estava relativamente associado à questões como a melhoria do sistema, a luta contra a violência, discriminação e segregação, contudo ainda não havia ficado explícito o seu ideal de extinção das instituições e concepções manicomais. Com esse cenário, a partir de então, este coletivo se transformou em Movimento da Luta Antimanicomial - MLA (Amarante, 2018).

Identificado como Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), este ganhou notoriedade, propondo uma reengenharia do modelo de atenção psiquiátrica (Mendes & Menezes, 2013) com o respeito aos direitos do paciente e a busca pela reinserção social do mesmo. A mobilização de diversos profissionais de saúde, jornalistas, artistas, políticos, intelectuais e outros atores sociais constituíram espaços para intensificar a reflexão social e institucional sobre a atenção à Saúde Mental no Brasil (Amarante, 2018).

Esse aspecto irá influenciar de maneira significativa o processo de construção das políticas públicas no país, não apenas no campo da saúde, mas em outros setores, tais como cultura, justiça, direitos humanos, trabalho e seguridade social, de modo a empreender esforços para alcançar estratégias, dispositivos e

processos de trabalho que transbordaram o SUS e que alcançaram outros setores de forma notável.

Após sua constituição, o coletivo MNLA começou a organizar núcleos nas capitais e em praticamente todas as grandes cidades do país. Um fator crucial para essa expansão foi a criação do Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Amarante (2018), opina que o 18 de maio passou a ser uma data destinada a estimular o pensamento crítico na sociedade sobre a violência institucional da psiquiatria e a exclusão das pessoas em sofrimento psíquico. Pode-se afirmar que o objetivo foi alcançado, uma vez que, desde então, são realizadas atividades políticas, científicas, culturais e sociais não apenas neste dia, mas ao longo de todo o mês de maio, que passou a ser reconhecido como o Mês da Luta Antimanicomial.

Neste final de década, o Regime Militar já estava em declínio e surgiram movimentos sociais que fortaleceram o crescimento da participação popular na vida social e política do país. É justamente neste cenário, o da redemocratização e da luta contra a ditadura, que se concebeu esse ator social, o mais expressivo no processo de reforma psiquiátrica, pautando a luta de direitos humanos para as vítimas da violência psiquiátrica (Mezza, 2020).

A construção de um novo espaço social, com aproximação à cidadania e fomento da autonomia para as pessoas com transtornos mentais é o elemento basilar desse movimento de reforma. Inspirada na Reforma Psiquiátrica Italiana - onde o psiquiatra Basaglia teceu forte crítica ao modelo asilar de assistência psiquiátrica, defendendo uma atenção multidisciplinar e medidas institucionais que resgatasse a dignidade do paciente - a Reforma Psiquiátrica Brasileira pauta a defesa da extinção dos manicômios e uma mudança de perspectiva da assistência aos pacientes com transtornos mentais (Rotelli, 2001).

Destacamos aqui que Basaglia constituiu-se como ilustre referência para a Reforma Psiquiátrica em virtude, sobretudo, de seus ideais na luta contra a opressão do saber e das práticas psiquiátricas e pelo combate a postura socialmente instaurada e vigente por este campo da ciência de agente da ordem e do controle social. Dessa maneira, Basaglia asseverou ser possível negar e superar a ideologia da psiquiatria, pautando-se fortemente na crítica epistemológica à ciência psiquiátrica. Ainda, denunciou e negou o papel alegadamente terapêutico do hospital psiquiátrico e, mais que denunciar e desconstruir esse modelo de instituição, expressou ser possível construir uma rede de serviços e estratégias de cuidado em

saúde mental territoriais, guiados pela solidariedade e assistência verdadeiramente inclusivas e libertárias (Basaglia, 2005).

De acordo com informações localizadas no portal do Memorial da Reforma Psiquiátrica no Brasil, do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS)¹⁷, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o renomado pensador Franco Basaglia esteve no Brasil pela primeira vez em 1978, ocasião em que participou de um Simpósio Internacional de Psicanálise, na cidade do Rio de Janeiro, e retornou ao país em 1979, oportunidade em que realizou diversas conferências, cujos materiais foram reunidos na obra “A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática”¹⁸.

A vinda de Basaglia ao Brasil representou um marco histórico e potencializou a consolidação da luta antimanicomial no país, haja vista que suas ideias e práticas foram alguns dos elementos principais que serviram de inspiração para a estruturação do Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro.

A última passagem de Basaglia no Brasil desencadeou uma forte repercussão na mídia, tendo sido noticiada em grandes veículos de comunicação da época, bem como foi fator que estimulou o desenvolvimento de obras marcantes no cenário da Reforma Psiquiátrica brasileira, tais como: ‘Nos porões da loucura’, de Hiram Firmino, coletânea das crônicas publicadas no Diário de Minas, e a premiada produção audiovisual curta metragem ‘Em nome da Razão’, de Helvécio Ratton (Amarante, 2018).

Diante desse cenário, cabe mencionar que a concepção de Reforma Psiquiátrica, entendido como uma complexa construção social, é a que foi adotada no Brasil, de forma que não se restringe apenas às estratégias de desinstitucionalização ou à reforma de serviços e tecnologias de cuidado (embora estes também sejam aspectos essencialmente importantes), mas se expande pela amplitude desse processo, objetivando colocar em pauta, de maneira decisiva, o

¹⁷ O LAPS é o Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), uma das unidades técnico-científicas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), constituindo-se como um espaço de reflexão sobre os saberes e as práticas em Saúde Mental, Atenção Psicossocial e Reforma Psiquiátrica. Suas atividades são desenvolvidas com ênfase na natureza multiprofissional e na inter-relação entre os vários saberes do campo. São atividades que agregam pesquisadores, colaboradores, técnicos, estudantes e bolsistas da ENSP e de outras instituições e entidades.

¹⁸ “A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática”, é um livro de Franco Basaglia, publicado em 1979 pela editora Brasil Debates. O livro é o primeiro volume da coleção “A ciência e o homem”.

delineamento de um novo lugar social para o conceito de loucura na tradição cultural da sociedade brasileira (Birman, 2015).

Na década de 1970 e parte de 1980, o movimento da Reforma Psiquiátrica percorreu um intenso caminho no desenvolvimento do pensamento crítico à institucionalização da loucura. Os conceitos de institucionalismo, poder institucionalizante e instituição total eram frequentemente discutidos nesse período. É no final dos anos 1980 que avança-se e surge a perspectiva de criar serviços que deem início a práticas inovadoras de cuidado em saúde mental.

É o bojo das concepções que guiavam a movimentação dos trabalhos de elaboração da nova Constituição Brasileira que a Reforma Psiquiátrica também seguiu, forjando espaços de discussão e estratégias para efetivar as transformações por ela almejadas, encontrando possibilidades nas trilhas que ora vinham sendo percorridas pela efervescente Reforma Sanitária brasileira, que encontrava-se em curso.

Em consonância com a compreensão da democratização da saúde vinculada à redefinição do papel do Estado, o Movimento de Reforma Sanitária explicitava para o Parlamento e para a sociedade a concepção ampliada de saúde. Ou seja, o movimento impetrou a democratização da saúde, em um cenário onde sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura. Eram estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde que defendiam mudanças no âmbito da saúde.

Sérgio Arouca, expoente autor e militante desse movimento, colabora com nosso texto dizendo que:

[...] discutir a reforma sanitária nos seus aspectos conceituais, ideológicos, políticos e institucionais é, atualmente, tarefa fundamental de todos aqueles que [...] estão comprometidos com a democratização das estruturas políticas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Esta tarefa mais que fundamental, torna-se imprescindível para nós que buscamos, nas lutas pela reforma sanitária, construir as bases do socialismo democrático que almejamos para o Brasil (Arouca, 1989b).

Essas discussões e movimentos culminaram com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)¹⁹ em 1976, que representou (e permanece

¹⁹ De acordo com Paim (2016), embora seja recorrente as pessoas fazerem referência à Constituição de 1988 como ponto de partida para a criação do SUS, na realidade, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que formula uma concepção ampla para a saúde e o próprio projeto do SUS, nasce com o CEBES, em 1976. Essa organização conseguiu integrar um conjunto de

representando nos tempos atuais) um dos principais protagonistas desse movimento, tendo sua atuação se configurado como pedra fundamental, embora não tenha sido a única, do Movimento de Reforma Sanitária como movimento social organizado (Costa, 2020).

O marco da conquista da redemocratização do país, em 1985, viabilizou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Foi neste histórico evento que se endossou o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, bem como demarcou a necessidade de organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado e democrático (Paim, 2008).

Assim, a inclusão dos princípios do SUS na Constituição de 1988 abriu novas perspectivas para a reestruturação da área da saúde no Brasil e, conseqüentemente, favoreceu o avanço de ações importantes no âmbito da Reforma Psiquiátrica, pois o cenário era de alargamento da autonomia e do desenvolvimento das políticas municipais de saúde. Um importante exemplo desse avanço se refere ao passo dado pelos gestores municipais da cidade de Santos/SP, em 1989, ao decidirem acelerar a implementação do SUS e realizaram intervenções em um hospital psiquiátrico, onde registravam-se alarmantes violações de direitos humanos.

É neste mesmo ano que emerge um importante Projeto de Lei (PL), que versava sobre a extinção gradativa dos manicômios e hospitais psiquiátricos em todo o Brasil, e sua substituição por outros recursos de assistência à saúde mental. Trata-se do PL nº 3.657/1989, proposta apresentada por Paulo Delgado²⁰, em 1989, então Deputado Federal pelo Partido dos Trabalhadores - PT. Tal proposição contrastava com a prática psiquiátrica vigente até aquele momento, uma vez que visava encerrar o modelo manicomial de tratamento, propondo a limitação imediata e a progressiva redução de leitos de internação psiquiátrica.

A formulação desse instrumento normativo se deu em virtude da procura do movimento antimanicomial à Paulo Delgado, que participou de uma sucessão de debates em torno da temática da Reforma Psiquiátrica, fato este que o habilita a

acadêmicos, estudantes, profissionais e movimentos sociais em um potente debate sobre a saúde pública, dentro de um difícil momento histórico no Brasil, que foi o período da Ditadura Militar.

²⁰ Paulo Gabriel Godinho Delgado, era sociólogo e professor, com bagagem teórica, conceitual e política sobre estudos de sociedade e democracia, no sentido da liberdade e crítica à sua limitação. A participação direta da família Delgado na saúde pública é um capítulo histórico que vale merece ser explorado. Luiz Eugênio Godinho Delgado, irmão mais velho de Paulo e Pedro, médico, fez carreira no exterior e ajudou a montar o sistema de saúde de Moçambique. Pedro Gabriel Godinho Delgado, médico psiquiatra, já atuava no cuidado em saúde mental, criticava e observava os abusos do sistema manicomial brasileiro desde, pelo menos, a década de 1970 (Prado, 2020).

desenvolver esse trabalho. Além disso, há que se considerar a influência exercida pela preexistência de uma relação entre a família do autor do Projeto de Lei e a temática em questão. Assim, observa-se uma contribuição na referência técnica e filosófica para a articulação da proposta balizada pela experiência italiana de Franco Basaglia, para o cuidado em liberdade (Prado, 2020).

O fato é que o PL nº 3.657/1989 apresenta uma premissa inicial simples, entretanto significativamente contundente: “Fica proibida, em todo o território nacional a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico” (Brasil, 1989). É certo que uma proposição com intenções inovadoras e reformistas tão profundas como esta enfrentaria contestações no âmbito do Congresso Nacional e da própria sociedade civil, fato este que levaria o Projeto de Lei a percorrer um longo caminho passando por diversas apreciações em Comissões, debates em Plenário, contestações por legendas partidárias, modificações a partir de críticas apresentadas, dentre outros movimentos.

Contudo, enquanto o PL nº 3.657/1989 tramitava, legislações de cunho da Reforma Psiquiátrica, em âmbitos estaduais e municipais, foram aprovadas em diversas capitais e outras cidades importantes em todo o território nacional. Com isso, algumas ações inovadoras foram introduzidas no campo da saúde mental. Aqui já fazemos um destaque para o cenário local, haja vista que o Estado do Ceará caracteriza-se como um dos pioneiros na implantação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Seja através de leis municipais que deram relevância à atenção ao paciente psiquiátrico ou através da implantação de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS em diversas cidades do estado, já nos anos 1990 (Adeodato, 2018).

Dentro deste viés, avançando consideravelmente no processo da Reforma Psiquiátrica, chamamos a atenção para a Lei Mário Mamede²¹ - Lei Estadual nº 12.151, sancionada em 29 de julho de 1993, que demandou a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras alternativas de assistência às pessoas com transtornos mentais, bem como fomentou a ampliação de uma consciência crítica dos profissionais da área, usuários, políticos, estudiosos,

²¹ A Lei Estadual nº 12.151, de 29 de julho de 1993, foi uma proposição do deputado Mário Mamede, decretada pela Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, sancionada pelo então Governador do Estado Ciro Ferreira Gomes.

movimentos sociais e gestores. A mencionada lei, ainda, desempenhou papel de apoio ao projeto nacional que tramitava no Congresso Nacional, elaborado pelo Deputado Paulo Delgado (Moura Fé, 2004).

Cabe mencionar que a Lei Mário Mamede inovou ao direcionar, no território do Estado do Ceará, a necessidade fundamental do tratamento psiquiátrico extra-hospitalar, proibindo a construção e/ou ampliação de qualquer hospital psiquiátrico, barrando a contratação e financiamento estatal de novos leitos, estabelecendo o prazo máximo de cinco anos para a adequação de todos os hospitais psiquiátricos do estado, fomentando a assistência aos pacientes através de medidas extra-hospitalares, estimulando a reinserção social e familiar destes e instaurando a comunicação das Internações Psiquiátricas Involuntárias ao Ministério Público e ao Comitê de Ética Médica (Moura Fé, 2004).

Ainda mencionando alguns marcos históricos e políticos do movimento da Reforma Psiquiátrica cearense, destacamos a realização da I Conferência Estadual de Saúde Mental do Ceará, em 1992, encontro este que delineou as propostas do Projeto de Lei do Deputado Mário Mamede, que viria a culminar na publicação da Lei Estadual nº 12.151; e a II Conferência Estadual de Saúde Mental do Ceará no ano de 2001 (Adeodato, 2018).

No Ceará, a intenção de introduzir as mudanças definidas pela proposta da Reforma Psiquiátrica começou a concretizar-se no município de Iguatu, a partir da inauguração do primeiro CAPS no Estado, em novembro de 1991. De acordo com informações apresentadas por Moura Fé (2004), a implantação dos primeiros CAPS no Estado do Ceará surgiu por iniciativa e responsabilidade das gestões municipais. Além do primeiro CAPS inaugurado, na cidade de Iguatu, como mencionado acima, o Ceará seguiu em uma trajetória vanguardista com a estruturação de outros equipamentos como àquele, por exemplo: Canindé (1993), Quixadá (1993), Icó (1995), Cascavel (1995), Juazeiro do Norte (1995), Aracati (1997), Fortaleza (1998), Itapipoca (1999), Sobral (1999), Morada Nova (1999), Barbalha (1999) e Capistrano (2000)²².

Nesse contexto, acredita-se que o Ceará despontou no cenário brasileiro, configurando-se como um dos estados pioneiros na implementação de ações

²² Aqui queremos fazer destaque para o fato de que os equipamentos mencionados neste parágrafo foram inaugurados e passaram a desempenhar as suas atividades antes mesmo da publicação da Lei nº 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica, sobre a qual trataremos ainda nesta seção.

guiadas pela Reforma Psiquiátrica, isso porque dentre poucos estados, o Ceará contava com uma lei que incorpora seus princípios, bem como já estava avançando na implementação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e hospitais-dia, que passaram a funcionar com caráter alternativo à hospitalização psiquiátrica (Pontes, 1995).

Destaca-se, também, no cenário da Reforma Psiquiátrica no Ceará, o fechamento da Casa de Repouso Guararapes, em julho de 2000, e a inauguração de uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) no Município de Sobral, local que, anteriormente, dispunha apenas de um CAPS e o hospital psiquiátrico que foi desativado. Nesse período também implementou-se um Serviço Residencial Terapêutico - SRT e as internações psiquiátricas, quando necessárias, passaram a ser direcionadas para um Hospital Geral. A instauração dessa Rede em Sobral influenciou os outros municípios do Ceará (Adeodato, 2018).

Ainda no rol de avanços no caminho da Reforma Psiquiátrica, nesse mesmo período, na esfera do Brasil (porém, dialogando com a realidade do cenário cearense exposta acima), destacamos aqui a constituição dos Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT's, por meio das Portarias nº 106/2000 e nº 1.220/2000, do Ministério da Saúde (Brasil, 2000).

Esse foi um importante passo, na medida que se leva em consideração a necessidade da reestruturação do modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS; a necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial; a necessidade da humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS, visando à reintegração social do usuário; e a necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando à redução das internações em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2000).

Retomando nossa discussão no cenário nacional, o fato é que, após um período de 12 anos sendo alvo de intensos debates e tramitando em instâncias dentro do Congresso Nacional, o Projeto de Lei - PL nº 3.657/1989 foi aprovado e sancionado pelo Presidente da República na época, Fernando Henrique Cardoso, no dia 6 de abril de 2001, como Lei nº 10.216/2001. Conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei Antimanicomial ou Lei Paulo Delgado, este instrumento apresenta como objetivo primordial o tratamento humanizado para as pessoas com transtornos

mentais, demarcando que a internação psiquiátrica será recurso utilizado tão somente quando o tratamento fora do hospital se mostrar ineficaz (Amarante, 2018).

Uma vez verificado que as instituições de caráter manicomial apresentam um modelo ultrapassado e de não haver logrado êxito nas atividades que exerciam, a Lei da Reforma Psiquiátrica tensiona o sistema de saúde (e a sociedade) ao exercício de implicar o paciente em um tratamento inclusivo, sem preconceitos, livre de maus tratos, pautado na dignidade da pessoa humana e exigindo uma conduta profissional adequada de respeito e de potencialização do sujeito e sua autonomia.

Vale salientar que, este direcionamento, encontra-se em sintonia com o aparato legal que institui o SUS, a Lei nº 8.080/90, onde expressam-se as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços e destaca a saúde como um direito fundamental de todo ser humano²³.

Desse modo, compreende-se que o reconhecimento da dignidade do paciente com transtorno mental não diz respeito, exclusivamente, à ausência de ofensas, humilhações e maus tratos, mas, sobretudo, impulsiona-se à possibilidade de pleno desenvolvimento do sujeito, em sua singularidade.

A reinserção social e a garantia de direitos humanos se caracterizam como exemplos das possibilidades acima mencionadas. Ou seja, trata-se de proporcionar meios para que as pessoas com transtornos mentais (certamente, neste entendimento incluímos àqueles em conflito com a lei, público em destaque no presente estudo) possam se reintegrar à sociedade, ter uma vida comum e viver plenamente sua condição de ser humano, de preferência em proximidade com seus vínculos familiares e comunitários.

A redução de leitos psiquiátricos, a progressiva extinção de hospitais psiquiátricos e manicômios, a inserção da saúde mental na política de atenção básica, a ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Serviços de Residência Terapêutica (SRT) destacam-se como alguns dos elementos mais importantes que deram direcionamento para a materialização dos ideais acima expostos e, obviamente, das diretrizes da Lei nº 10.216/2001 (Pacheco, 2009).

²³O conceito de saúde contemplado pela lei citada, pela Constituição Federal de 1988 e que embasa a Reforma Psiquiátrica é o conceito definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, o qual envolve a participação, a prevenção e a execução da medicina individual e social.” Compreendemos, dessa maneira, que alcançar a dignidade da pessoa humana requer alcançar uma vida com saúde.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi implantado em São Paulo e outras iniciativas começaram a emergir. Tratam-se de serviços que desempenham o objetivo vanguardista de prestar cuidado intensivo em saúde às pessoas com quadro psiquiátrico grave, sem lançar mão da hospitalização ou, até mesmo, do modelo ambulatorial que reduzia-se a consultas esparsas de renovação de receitas (Amarante, 2018).

Em um curto espaço de tempo, ganha visibilidade uma rede de dispositivos substitutivos implementados em diversas cidades pelo país, amparados por regulamentações, oferecendo cuidados intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar. Centros de Convivência e Cultura, Centros de Referência, Oficinas Terapêuticas, são alguns exemplos dos importantes dispositivos de saúde criados. Este crescimento revela a riqueza e a criatividade dos atores da Reforma Psiquiátrica no âmbito do SUS.

A construção dessa rede também foi fortemente impulsionada com o advento do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria em 2002, de onde originou-se o processo regular de avaliação dos hospitais psiquiátricos, públicos e privados conveniados ao SUS. Com isso, foi possível efetivar o fechamento um quantitativo expressivo de hospitais e leitos absolutamente inadequados para a assistência à saúde das pessoas com transtornos mentais.

Nesse período, no cenário cearense, outras iniciativas voltadas à reestruturação da assistência psiquiátrica são verificadas. Dentre elas, Moura Fé (2004) destaca a constituição da Comissão Estadual Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias - CRIPI, em 2003, composta por representações da Secretaria da Saúde do Estado e do Ministério Público. Tais atores tinham como competência discutir os mecanismos necessários para a operacionalização da Lei da Reforma Psiquiátrica e da Portaria GM nº 2.391/2002, que instituiu o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV), em conformidade com o disposto na Lei 10.216/2001 (Adeodato, 2018).

Outros marcos importantes das políticas de saúde mental no SUS foram estabelecidos, em âmbito nacional, pela Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que redefiniu os CAPS em relação à sua organização, ao porte, à especificidade da clientela atendida. Passaram a existir CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil ou infanto-juvenil) e CAPSad (álcool e drogas).

Somando-se a isso, há ainda a implementação do Programa de Volta Para Casa - PVC²⁴ (Lei nº 10.708, de 31/07/2003), que vem oferecer auxílio à reabilitação psicossocial e tem como foco as pessoas acometidas por transtornos mentais, com histórico de internação de longa permanência, a partir de dois anos ininterruptos, em hospitais psiquiátricos ou de custódia. O auxílio à reabilitação atua para restituir o direito de morar e conviver em liberdade, bem como promover a autonomia e o protagonismo de seus usuários (Brasil, 2003).

A criação da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), em 2007, marcou um novo momento na participação social no contexto da Reforma Psiquiátrica. Formada a partir do Grupo de Trabalho de Saúde Mental da Abrasco, a Abrasme teve como objetivo constituir um novo ator que reunisse, simultaneamente, os diversos sujeitos envolvidos no cenário em pauta, tais como usuários, familiares e ativistas vinculados a questões de etnia, gênero, sexualidade, diversidade cultural e direitos humanos, além de todos aqueles que atuavam em serviços ou outros dispositivos de saúde mental, assim como profissionais que atuassem na produção de conhecimento e políticas públicas.

Outro marco veio por meio da Portaria nº 154 de 24 de junho de 2008, a partir de onde se estabelece a estruturação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), objetivando fomentar o apoio matricial às equipes de Estratégia Saúde da Família, desempenhando, assim, um importante papel ao oferecer suporte técnico e institucional na Atenção Primária à Saúde (Costa et. al, 2024).

Já em 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, por meio da Portaria GM/ MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Esta vislumbra proporcionar uma nova dimensão às ações de saúde mental no âmbito do SUS, com objetivos principais voltados para a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, em diferentes níveis de complexidade. No escopo de suas metas encontram-se a promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e suas famílias, aos pontos de atenção; e a garantia da articulação e integração desses

²⁴ O Programa De Volta Para Casa - PVC pretende favorecer a ampliação da rede de relações fora da unidade hospitalar, estimulando o bem-estar global, o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania dessas pessoas. Instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, o PVC é regulamentado pela Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, como uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, ancorada na Lei 10.216/2001. O Programa de Volta para Casa concede o valor diretamente aos beneficiários, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente atos da vida civil, quando será entregue ao representante legal do paciente. Atualmente o programa encontra-se com atualização amparada na Portaria GM/MS nº 4.139, de 17 de junho de 2024.

pontos de atenção nas redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências (Brasil, 2011) .

A partir de todo esse aparato construído por meio do esforço coletivo de diversos atores sociais, os ventos da perspectiva de mudança começaram a soprar na seara da saúde mental no Brasil. É necessário mencionar neste ponto que, ao vislumbrar o objetivo de construção de estratégias e dispositivos para a transformação no cuidado em saúde mental das pessoas, foi imprescindível pautar-se no caráter político, social e cultural da reforma.

Assim, torna-se indispensável mencionar um dos elementos centrais no esforço do movimento em seguir perseverando no caminho da construção de um novo lugar social para a loucura. Partindo do pressuposto de que, se o objeto da mudança seria no âmbito da cultura, das práticas culturais de uma sociedade, a estratégia de consolidação da reforma também deveria ser cultural. Daí emerge, portanto, a proposta de pautar muitos processos de trabalho colocando a cultura como meio e como fim.

As mudanças nos padrões culturais vigentes, pautados pela segregação e invalidação das pessoas com transtornos mentais apresenta-se como um expressivo desafio enfrentado pela reforma psiquiátrica. Vejamos:

A mudança do modelo de atenção em saúde mental, com seus componentes de combate ao estigma, elaboração de novas referências conceituais para a questão da 'loucura', do sofrimento mental e seu tratamento, sustentação da ideia do protagonismo e cidadania de usuários e familiares, em síntese, de "construção de um novo lugar social para o chamado 'louco'", certamente que é uma política que fala diretamente à cultura e depende de mudanças no ambiente cultural. Assim, no sentido amplo, o componente cultural não é secundário, mas essencial ao êxito do processo da Reforma (Brasil, 2007, p.50).

Assim, a utilização do aspecto artístico e cultural, para além de delinear-se como um recurso estritamente terapêutico, passou a assumir a dimensão de produção de subjetividade e de vida. Assim, nesta linha de atuação, o processo de Reforma Psiquiátrica é tomado por um enorme contingente de iniciativas artísticas e culturais no horizonte da promoção das transformações necessárias no imaginário social do povo brasileiro e nas práticas discursivas sobre loucura, diversidade e diferença (Amarante, 2018).

Há, nesse panorama, importantes articulações que se efetivam entre as políticas públicas de saúde mental e de cultura, gerando ações conjuntas no sentido de articular e impulsionar ações de cultura já existentes nos territórios de referência

dos pacientes, que são as suas comunidades. Verificam-se, ainda, esforços intersetoriais de atividades de geração de renda a partir de manifestações culturais, envolvendo música, artes plásticas e teatro, bem como o estabelecimento de parcerias para a capacitação de profissionais da saúde no campo da arte. Exemplo disso são as oficinas de formação em Teatro do Oprimido²⁵.

As artes criam inúmeras possibilidades para os pacientes se manifestarem. A pintura é uma ferramenta que tem potencial para favorecer a expressão de sentimentos, vontades e ideias, por exemplo. Seja através de figuras e desenhos, por meio de uma tela ou até mesmo em uma folha de papel. Ela é considerada como recurso terapêutico de grande valor, que promove benefícios significativos, tais como a melhora da concentração, da motricidade e da comunicação. Foi através desse tipo de expressão artística (dentre outras práticas), que a psiquiatra Nise da Silveira²⁶ - figura notável no âmbito da Reforma Psiquiátrica - revolucionou a abordagem clínica de pacientes psiquiátricos com a criação de uma oficina terapêutica ocupacional na cidade do Rio de Janeiro.

Do mesmo modo, a beleza das produções da Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre; a singular costura dos conhecidos mantos e estandartes de Bispo do Rosário, no Rio de Janeiro; o som envolvente da Banda Maluco Voador, em Brasília; as emocionantes cenas apresentadas pelo Grupo de Teatro Insênicos, em Salvador ou a vibrante alegria do Bloco de carnaval “Doido É Tu”, em Fortaleza, são exemplos concretos de estratégias, via atividades artístico-culturais, que possibilitam uma dimensão potencialmente criativa no âmbito

²⁵ Criado pelo teatrólogo brasileiro Augusto Boal nos anos 1970, o Teatro do Oprimido é um método e modelo cênico-pedagógico que tem como objetivo a conscientização social. De acordo com o próprio Boal, o Teatro do Oprimido pretende transformar o espectador, com o recurso da quarta parede, em sujeito atuante, transformador da ação dramática que lhe é apresentada, de forma que esse, passe a protagonizar e transformar a mesma. Hoje, o Teatro do Oprimido é mundialmente conhecido e se tornou referência em todas as escolas de artes dramáticas. Estas são informações publicadas no Portal da SP Escola de Teatro – Centro de Formação das Artes do Palco. Também recorremos a definição apresentada por Campos (2014), que caracteriza o Teatro do Oprimido (TO) como um método teatral em que a construção do drama é realizada por pessoas que sofrem opressões, conceitualmente consideradas entraves para a realização de desejos e para a experiência de uma vida livre, democrática, humana.

²⁶ Nise da Silveira nasceu em 1905 em Maceió, Estado de Alagoas. Formada pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1926, especializou-se em psiquiatria no Rio de Janeiro. Dedicou-se à esta área, de modo que sua atuação reformulou os moldes da psiquiatria e as práticas terapêuticas no Brasil, sendo precursora da reforma psiquiátrica. Foi uma importante difusora da teoria junguiana e da produção de uma clínica politicamente engajada (Damião Junior, 2021). Sua bandeira, desde o início, primava pelo combate a técnicas agressivas no tratamento de pessoas com doenças mentais, como o uso inadequado de eletroconvulsoterapia (conhecida popularmente como eletrochoque), camisas de força, lobotomia, insulinoaterapia e confinamento. Em lugar desses métodos, ela preconizava um tratamento baseado na arte.

da saúde mental no SUS, tanto no que diz respeito ao cotidiano dos serviços quanto à intervenção cultural na cidade, no âmbito público das relações sociais (Amarante, 2018).

Apesar da relevância dessas abordagens e de todos os avanços engendrados na Reforma Psiquiátrica no Brasil, há que se ressaltar que este não trata-se de um processo acabado, consolidado, estabelecido. Na verdade, percorre-se, ainda, a trilha da contínua luta pela efetivação desta política. Como exemplo disso, basta olharmos os poucos recursos orçamentários destinados à política de saúde mental no país, as demandas por cuidados em saúde mental para a população que tem se avolumado cotidianamente, o número insuficiente de dispositivos na RAPS, dentre outros elementos, que revelam a necessidade urgente de reformas e investimentos nesta área (Costa et. al, 2024).

Mesmo existindo investimentos em serviços da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, com o estado de exceção do país, o SUS e a Reforma Psiquiátrica passam a enfrentar retrocessos e dificuldades importantes, que revelam um desmantelamento de décadas de avanços no âmbito da saúde mental.

Um levantamento realizado pelo Desinstitute²⁷ (2021) revela que, políticas e serviços públicos de saúde e assistência social vêm sendo desmontados e aparelhados por grupos de interesse privado desde o final de 2016. Em dezembro de 2017, o Ministério da Saúde, sem estabelecer diálogo com a população, a sociedade civil ou com os órgãos voltados ao controle social, incluiu os hospitais psiquiátricos na RAPS. Ainda, na gestão federal interina de Michel Temer e na gestão Jair Bolsonaro, recursos federais, anteriormente destinados à ampliação de serviços de base comunitária inseridos no SUS, foram paralisados, ao passo em que representantes de entidades privadas, que incluem associações psiquiátricas e empresários ligados a instituições asilares, passaram a incidir cada vez mais sobre a agenda pública.

Em 2019, as comunidades terapêuticas, que baseiam seus serviços no tripé laborterapia (trabalho não remunerado), oração e abstinência, passaram a ser

²⁷ O Desinstitute é uma organização da sociedade civil sem fins lucrativos, que atua pela garantia de direitos humanos e pelo cuidado em liberdade no campo da saúde mental, no Brasil e na América Latina. Fundado em 2020, o Desinstitute nasce da união de pessoas com trajetórias nas áreas da saúde e do Sistema de Justiça, que se organizaram para formar uma instituição orientada pelos princípios da luta antimanicomial. Dedicado à defesa do SUS (Sistema Único de Saúde) e do Estado Democrático de Direito, tem como objetivo incidir sobre políticas públicas (Desinstitute, 2021).

regulamentadas pela Lei nº 13.840/2019, conhecida como “Nova Lei de Drogas”, e amparadas na Política Nacional sobre Drogas (PNAD), que desde então prevê estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das Comunidades Terapêuticas. O repasse de recursos públicos a entidades que administram comunidades terapêuticas no país passou de R\$157 milhões, em 2019, para R\$300 milhões, em 2020, ainda conforme levantamento do Desintitute (2021).

Por fim, é necessário destacar o fato de que, embora tenha havido uma expressiva redução no número de leitos psiquiátricos no decorrer das últimas décadas, é preciso ter clareza de que muitos hospitais psiquiátricos e manicômios encontram-se em plena atividade no país. O levantamento federal que consta no Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde – SUS, publicado em 2022, aponta que ainda existem no Brasil 104 hospitais especializados em psiquiatria no Brasil, contendo 12.198 leitos psiquiátricos.

No Brasil, conforme levantamento do Conselho Nacional de Justiça - CNJ (2023), ainda existem 34 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), também denominados de Manicômios Judiciários. Embora a Resolução nº 487/2023 do CNJ tenha determinado o fechamento desses estabelecimentos, em etapas, para o ano de 2024, esses estabelecimentos ainda são uma realidade na vida de muitas pessoas com transtornos mentais na sociedade brasileira.

Portanto, mesmo em face do novo direcionamento - proposto pela Reforma Psiquiátrica - sobre a forma prioritária de tratamento das pessoas com transtornos mentais, a possibilidade de internação do paciente não foi eliminada. Amparada legalmente, mesmo em face de expressivas controversas, a internação ainda é um recurso possível²⁸.

3.2 Manicômios Judiciários no Brasil: uma breve contextualização histórica, caracterização e implicações sociais

Ao se falar em Manicômio Judiciário, primeiramente, atravessa-se uma disputa de narrativas entre discursos que revelam as relações de poder existentes na complexa teia de saberes que opinam as pessoas com transtornos mentais que,

²⁸ As modalidades de internação psiquiátrica, suas características e condições se encontram descritas no artigo 6º da Lei nº 10.216/01.

em dado momento de suas vidas, praticaram algum ato ilícito que tenha os colocado em situação de conflito com a lei.

Há, portanto, entendimentos distintos que se apoiaram em saberes a respeito da concepção de crime e da loucura, circundando teóricos que alicerçaram a relação entre a Psiquiatria e as escolas jurídicas. Esses saberes, que influenciam a produção de ‘verdades’, também deram origem a uma demanda inicial de segregar os ditos ‘loucos agitados e perigosos’ em alas específicas, ao considerá-los um obstáculo para o tratamento eficaz nas instituições psiquiátricas comuns. Surgiu, então, a necessidade de um local de disciplina, mais rigoroso para esse grupo, com alas especiais. Isso representou um passo para emergirem os manicômios judiciários (Santos, 2014).

Ora, foi muito curto o caminho que levou a transição das alas específicas à uma ‘instituição específica’. Essa mudança foi regulamentada por legislações, sob influência de disputas de poder e de diversos atores e fatos sociopolíticos do país. É dentro desse panorama que se dá a gênese dos Manicômios Judiciários (ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP) no Brasil.

Em 1903, por meio do Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, uma lei especial para a organização da assistência médico legal à ‘alienados’, normatizou-se a recomendação de que cada estado da federação deveria prover a construção de seus Manicômios Judiciários. Orientando, ainda, que enquanto estes estabelecimentos ainda não estivessem em funcionamento, era necessário a criação de anexos especiais aos asilos públicos para o recolhimento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei (Carrara, 2010).

O primeiro Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) foi fundado em 1921, na cidade do Rio de Janeiro. Trata-se do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, posteriormente denominado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho - HCTPHH²⁹. Esta unidade é remanescente da extinta Seção de Alienados Delinquentes, do Hospício Nacional de Alienados, o primeiro hospício do Rio de Janeiro. Dentro desta ampla engrenagem que conecta a

²⁹ Heitor Pereira Carrilho nasceu no dia 21 de março de 1890, em Natal, no Estado do Rio Grande do Norte. Doutourou-se em Medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1913. Exerceu a sua carreira no Hospício dos Alienados em 1919, além da docência na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sendo o principal mentor engajado na luta pela construção de um manicômio específico. Esse hospital foi estruturado em um *lay out* que se dividia em prédios com seções administrativas, técnicas e científicas, além de pavilhões na internação de homens e de mulheres em locais separados (Academia Nacional de Medicina, 2024).

psiquiatria com o âmbito jurídico, o HCTPHH configurou-se, inclusive, como o primeiro manicômio judiciário da América Latina (Santos, 2014).

De acordo com Carrara (1998), alguns acontecimentos no seio da sociedade impulsionaram o início das discussões que objetivaram a estruturação da implantação de uma instituição que fosse 'exemplar' na oferta de cuidados às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei no país. O assassinato de Clarisse Índio do Brasil³⁰ em 1919 e a fuga dos internos da Seção Lombroso do Hospital Nacional de Alienados em 1920 são exemplos dos acontecimentos supracitados.

Durante o século XX, de acordo com Santos (2014), esse modelo de instituição psiquiátrica foi expandido nos mais diversos Estados do país. São exemplos dessa expansão, o Manicômio Judiciário da Bahia, em 1928; o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena - o emblemático Colônia, em Minas Gerais, no ano de 1929; o Hospital Psiquiátrico do Juqueri - Franco da Rocha, em São Paulo no ano de 1933; o Instituto Psiquiátrico Governador Stenio Gomes (IPGSG), em Itaitinga, no Ceará, no ano de 1969, dentre tantos outros.

Corroborando com isso, vejamos o que aponta Santos (2014, p. 519-520):

Regulamentações legais implantadas ampliaram o poder do saber psiquiátrico. Juízes e médicos acordam a necessidade de espaços cada vez mais específicos e segregadores. O decreto brasileiro n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903, regulamentou o início da reforma dos hospícios, introduzindo as seções especiais para os condenados recolhidos às prisões federais que apresentassem sintomas psiquiátricos e os delinquentes isentos de responsabilidade determinados para a internação compulsória pelo juiz, por igual motivo, geralmente a segurança pública. Contudo, a efetivação da proposta oficial do manicômio específico só se concretiza a partir do decreto n. 14.831, de 25 de maio de 1921, que aprova a construção do primeiro manicômio judiciário do Brasil.

Instituídos ao longo do século XX, os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) já nascem desempenhando um papel central na institucionalização de pessoas com transtornos mental em conflito com a lei, especialmente após o marco estabelecido pelo Código Penal de 1940 (Diniz, 2013).

³⁰ Nasceu em 4 de abril de 1864, no Rio de Janeiro, filha de Ana Rita de Matos Costa Pereira de Faro e do Comendador Antônio Martins Lage. Em 1893, casou-se com Artur Índio do Brasil a contragosto da família e abdicando do seu dote, pois ele era um homem mestiço que não possuía um sobrenome reconhecido. Levou um tiro à queima-roupa, no Rio de Janeiro, em 06 de outubro de 1919, que levou-a à morte na tarde do dia seguinte. O seu assassinato foi cometido sem nenhum motivo aparente. O assassino, Mário Coelho, era taquígrafo do Senado e em uma declaração pública alegou: "Sou um tarado. As circunstâncias da vida de mim fizeram um tarado degenerado". (Migalhas, 2008).

No Brasil, é em instituições desse tipo que são mantidas pessoas que, por devido ao fato de apresentarem transtornos mentais e terem cometido algum tipo de crime, são considerados penalmente sem responsabilidade sobre o delito praticado. É para lá que, comumente, também são enviados os presos que desenvolvem (ou manifestam) algum tipo de adoecimento mental durante sua permanência nas unidades prisionais comuns. Em outro tópico desta seção abordaremos de forma mais aprofundada esse aspecto.

Esses estabelecimentos, de acordo com as análises de Carrara (2010), imbricam duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas, que são ‘o asilo de alienados e a prisão’, reunindo, assim, dois componentes que se apresentam de forma antagônica e ambígua: o que cuida e recupera, e o que oprime e segrega. Ou seja, os manicômios judiciais configuram-se como instituições complexas, ao articularem dois dos ‘fantasmas’ da sociedade que, na verdade, caracterizamos aqui nesta pesquisa como sendo dois fortes elementos de estigmas em nossa sociedade: o criminoso e o louco.

O resgate histórico nos revela que as mencionadas instituições, contudo, não abrigavam exclusivamente pessoas com transtornos mentais. Na prática, viam-se também indivíduos em situações diversas. Conforme Amarante (1995, p.65) e Mendes e Menezes (2013), o cenário desses espaços estava permeado por uma gama de pessoas tidas como marginais pelas lentes da sociedade, tais como leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizam ameaça a lei e a ordem social.

Esse cenário³¹ é demonstrado de forma expressiva por Arbex (2019) que, embora lance seu olhar sobre o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, em Minas Gerais (notadamente conhecido por Colônia), também nos permite dizer que os elementos apontados encontram solo na realidade de tantos outros Manicômios espalhados pelo país. A autora elenca que os sujeitos institucionalizados nesse tipo de espaço tratavam-se de pessoas que, muitas vezes, perderam o nome e eram rebatizadas pelos funcionários, muitos sequer tinham diagnóstico de adoecimento mental. Era possível encontrar epiléticos, alcoólatras, homossexuais, prostitutas,

³¹ Para um maior aprofundamento no tema, por meio da arte audiovisual, indicamos as seguintes produções: *Em Nome da Razão* — Direção: Helvécio Ratton (1979); *A Casa dos Mortos* — Direção: Débora Diniz (2009); *Crônicas (Des)Medidas* — Direção: Alyne Alvarez (2015); *Holocausto Brasileiro — Documentário Completo* — Direção: Daniela Arbex (2016).

dentre tantos outros perfis. Ou seja, eram pessoas cujos contextos sociais tornaram-se incômodos para a sociedade.

Vejamos o cenário apontado por Arbex (2019, p. 25):

Desde o início do século XX, a falta de critérios médicos para as internações era rotina no lugar onde padronizava tudo, inclusive os diagnósticos [...] a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso [...] tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documento e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos.

Engrossando, ainda, a fileira de absurdos, há que se fazer um destaque para alguns perfis de mulheres que chegaram a adentrar aquele espaço. Era possível verificar a existência de meninas grávidas violentadas por seus patrões; jovens moças que perderam a virgindade antes do casamento; esposas que haviam sido trocadas por amantes; prostitutas que eram presas por ferirem com gilete homens a quem haviam atendido e estes negavam-se pagar pelo programa (Arbex, 2019).

Percebe-se, a partir desses elementos descritos, que a lógica dos manicômios era fortalecida pela ideia de limpeza social, ou seja, limpar a sociedade da escória que a perturbava, desfazer-se dela colocando-a em local, preferencialmente, onde a vista não pudesse alcançar. Inclusive, vários encaminhamentos para internação nos manicômios eram assinados tão somente por delegados de polícia.

A humanidade dessas pessoas era confiscada após adentrarem aos manicômios. Por vezes, eram obrigadas a entregar seus pertences, inclusive roupas e sapatos. Passavam por banho coletivo. Os homens tinham que raspar o cabelo, padronizando seus corpos e violando sua intimidade. As mulheres enfrentavam a humilhação de ficar nuas em público. Daí por diante, perdiam sua identidade, deixavam ser filha, mãe, esposa, irmã e tornavam-se mais um número dentro daquele rol de indigentes (Arbex, 2019).

Maus tratos, falta de higiene, escassez e/ou má alimentação, isolamento e óbitos eram elementos comuns no vasto elenco de abusos e violações de direitos que persistiram por décadas nos ambientes manicomiais. Ainda de acordo com Arbex (2019), o quadro que se tinha eram de pessoas que comiam fezes, bebiam urina ou esgoto, que rastejavam pelo chão em meio à esgoto aberto, conviviam com

ratos, dormiam sobre capim, cotidianamente eram espancados e violentados, tinham a exposição dos seus corpos por meio da nudez como única opção, haja vista não haver o fornecimento regular de vestimentas. Essas pessoas morriam de frio, de fome e, muitas vezes, de choque, através das práticas de eletrochoque³² que eram praticadas indiscriminadamente.

Em síntese, é inevitável ressaltar que trata-se de um modelo de instituição contraditória, de difícil definição. De acordo com Carrara (1998), olhando para esses cenários acima descritos, o manicômio deixa nítida a sua incapacidade de alcançar as intenções terapêuticas que se propõe. Revela, desse modo, que utilizando-se da concepção médica das instituições psiquiátricas, desenrola-se, na verdade, uma prática secular de contenção, moralização e disciplinarização de indivíduos tidos como socialmente desviantes.

Em seus escritos, o cientista social e antropólogo Erving Goffman (1974) apontou que a mesma e singular estrutura de relações sociais, compreendida através do conceito de instituição total, pode ser encontrada tanto em presídios quanto em manicômios. Nesse sentido, Carrara (1998) reflete que se o manicômio e a prisão são tipos de instituição alicerçadas em um mesmo gênero, conforme apontou Goffman, o Manicômio Judiciário destaca-se justamente sobrepôr, ao mesmo tempo, essas duas dimensões em um mesmo espaço social. Ou seja, ele se caracteriza fundamentalmente por ser ao mesmo tempo um espaço prisional e asilar, penitenciário e hospitalar.

Se a trajetória histórica de formação e consolidação dessas instituições já nos mostrou a existência de uma dinâmica excludente e segregacionista destas (Rossi, 2015), é necessário lembrar que um cenário de mudanças se desenhou a partir da eclosão do Movimento de Reforma Psiquiátrica (já contextualizado e discutido no tópico anterior).

O fato é que, no Brasil, a partir dos avanços na luta pela Reforma Psiquiátrica, essas práticas passaram a ser, gradativamente, desfavorecidas e

³² A eletroconvulsoterapia existe, desde 1938, para o tratamento de alguns tipos de adoecimentos mentais. Entretanto, seu uso no século passado foi bastante controverso. O choque era dado a seco, com características semelhantes a tortura. Esse método era aplicado indiscriminadamente, muitas vezes não tinha finalidade terapêutica, mas de contenção e intimidação. A tecnologia do eletrochoque se modernizou há várias décadas, sendo utilizada nos dias atuais apenas com fins terapêuticos para alguns tipos de transtornos mentais, como depressão severa. Contudo, há correntes na área da saúde mental que são firmemente contra a utilização desse recurso. No Brasil, o método passou a ter mais controle a partir do ano de 2002, ocasião em que o Conselho Federal de Medicina estabeleceu regras específicas para a sua utilização como, por exemplo, a necessidade de aplicação de anestesia geral e a utilização de relaxantes musculares objetivando amenizar as convulsões (Arbex, 2019).

fortemente combatidas, sobretudo a partir da expansão das políticas nacionais sobre o tema, fomentando a construção de um caminho de priorização do convívio sociofamiliar e da assistência em saúde mental no território, em detrimento dos modelos segregacionistas, como é o caso da Lei da Reforma Psiquiátrica (ou Lei Antimanicomial) nº 10.216/2001.

Em termos concretos, é nessa época que se inicia a implementação das primeiras estratégias que viriam se constituir como Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e legitimar dispositivos de cuidado em saúde importantes como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre outros (Oliveira; Rodrigues, 2015). É também nesse contexto, onde emergem, de maneira mais firme, as propostas de fechamento dos Manicômios Judiciários.

As novas perspectivas, guiadas pela busca com o rompimento da estrutura asilar e pela constituição de novas propostas de tratamento em saúde mental, começaram a empreender esforços no sentido de abalar as estruturas das instituições totais existentes no país. Houve um notável aprofundamento das discussões no que se refere às suas funções e as condições em que operam. Entretanto, na prática, a realidade dos Manicômios Judiciários (ou HCTP's) pouco foi afetada, mesmo em face da amplificação de todo esse debate.

De acordo com Santos (2014), as ideias e ações impetradas por esse movimento inovador no campo da saúde mental não alcançaram de forma imediata e direta os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP's), mesmo em face da publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica.

Sobre isso, Diniz (2013), afirma:

Os hospitais para loucos infratores resistiram à Reforma Psiquiátrica; alguns foram, inclusive, inaugurados após a Lei 10.216 de 2001, ocasião em que houve uma reorientação do cuidado da loucura — do modelo asilar para o ambulatorial. Ainda há pessoas internadas em regime de abandono perpétuo.

Em 2002, um ano após a publicação da mencionada legislação, registra-se o levantamento de debates acerca das nuances desses estabelecimentos, da inimizabilidade de pessoas com transtornos mentais, sobre medida de segurança e periculosidade. Estas foram temáticas não aprofundadas na Reforma Psiquiátrica. Contudo, essas reflexões apareciam de forma ainda tímida, era uma discussão que, naquele momento, não encontrava força para promover transformações concretas na realidade do país.

A partir das novas diretrizes apresentadas pelo Plano Nacional de Saúde para o Sistema Prisional, a Reforma Psiquiátrica dá o pontapé em uma nova etapa, com a inclusão de novos fundamentos, integrando o entendimento sobre os Manicômios Judiciários com as diretrizes da Lei Antimanicomial, na perspectiva de redirecionar a assistência à saúde de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Desse modo, considerando as perspectivas da Lei nº 10.216/2001, a extinção dos Manicômios Judiciários já se apresentava como meta desejável. Embora esta legislação não tenha apontado especificamente às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, ela aborda sobre a internação compulsória que, no bojo dessas discussões, enquadra-se nas situações que envolvem o poder judiciário.

Tomando como base, ainda, os princípios da Lei Antimanicomial, o entendimento é que os recursos destinados para a abertura e manutenção de leitos em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), deveriam ser convertidos para a expansão e o fortalecimento da RAPS. Assim, os internamentos nesta modalidade de dispositivo deveriam ser fortemente coibidos, bem como preconizar-se que as medidas de segurança, preferencialmente, fossem cumpridas através do cuidado em saúde mental nos equipamentos extra hospitalares, de base comunitária e territorial.

Certamente, esta não seria uma tarefa fácil. Santos (2014) colabora apontando:

A Resolução n. 113 de 20 de abril de 2010 e a Recomendação n. 35 de 12 de julho de 2011 do Conselho Nacional de Justiça, normatizam a implantação de políticas antimanicomiais da Lei 10.216 nas medidas de segurança. Contudo, há uma grande resistência à adesão destes princípios pelos juristas que ainda se pautam em terminologias técnico-científicas já ultrapassadas, como a noção de periculosidade e centralizam suas decisões na internação em HCTP, conforme a legislação de medida de segurança, vigente desde a década de 1940, silenciando desta forma novas possibilidades de práticas jurídicas neste campo (Santos, 2014, p. 522).

Em todo o país, a mesma metodologia de atuação utilizada no processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos, passou a ser utilizada nas ações referentes aos Manicômios Judiciários. Contudo, não é uma trilha simples de percorrer. Um dos maiores obstáculos reside na nebulosidade das informações concretas acerca dessas instituições no Brasil e das pessoas que lá encontram-se institucionalizadas.

Embora quase um século tenha se passado de funcionamento dos Manicômios Judiciários, a realidade concreta desses estabelecimentos e da população que lá se encontra ainda é desconhecida. De acordo com Diniz (2013), pouco ou quase nada se sabe acerca do perfil socioeconômico, das infrações, dos diagnósticos, das trajetórias penais e dos itinerários jurídicos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei recolhidas em HCTP no Brasil. A falta de conhecimento sobre essa população pode ser apontada como uma barreira importante para a estruturação de ações planejadas das políticas penitenciárias e de assistência em saúde mental voltadas à população em cumprimento de medida de segurança.

Caracterizando-se como potente ferramenta para orientar políticas públicas voltadas a essa população, em 2011 foi realizado o Censo dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico³³, objetivando construir um retrato da população do HCTP. Este estudo foi realizado por Débora Diniz, uma das autoras que compõe as referências na presente dissertação.

Este foi o primeiro censo nacional de indivíduos internados em estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico. O ano da pesquisa é um elemento a ser destacado, pois impressiona o lapso temporal de invisibilidade desses espaços e dessas pessoas, se levarmos em consideração o ano de inauguração do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro: 1921. Ou seja, as pessoas até então invisíveis para o Estado brasileiro, por quase um século, passam a existir através de uma contagem numérica: são 3.989 pessoas.

Vejamos o que nos diz Diniz (2013) sobre esse aspecto:

Em noventa anos de história dos manicômios judiciários no Brasil, jamais se realizou a contagem nacional desses indivíduos. Não se exploraram, sistematicamente, as razões para a internação, o tempo de permanência nos hospitais ou as consequências da engrenagem médica e jurídica que os mantém em restrição permanente de direitos. Há estudos locais ou em unidades específicas, mas nenhum retrato da população nacional como o apresentado nesta obra. O censo rompe com essa inércia, dando o primeiro passo para o enfrentamento político e humanitário da questão (Diniz, 2013, p. 14).

³³ O Departamento Penitenciário Nacional (Depen), do Ministério da Justiça, celebrou, no exercício de 2009, Termo de Convênio com a Anis — Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero para a realização de um estudo censitário da população que vivia em todos os ECTPs do país. O objetivo do estudo censitário foi o de levantar um perfil socioeconômico, de diagnósticos e de itinerários penais das pessoas que viviam nos ECTP's a fim de orientar políticas públicas voltadas a essa população.

Com esse estudo, é possível conhecer, em alguma medida, o perfil das pessoas institucionalizadas nesses estabelecimentos: tratam-se, majoritariamente, de homens negros, pobres, de baixa escolaridade e com frágil inserção no mercado de trabalho.

A reconhecida professora, escritora, filósofa e ativista Angela Davis (2016), em sua obra intitulada *Mulheres, Raça e Classe*, edifica uma consistente análise acerca de como se processam as intersecções entre as dimensões de raça, classe e gênero, e a maneira como se estabelece um perfil de vulnerabilidade específico para pessoas negras e pobres, especialmente mulheres.

Na citada obra, a autora destaca o cenário da opressão vivenciada pelas mulheres negras, demonstrando que não se trata somente de uma sobreposição de desigualdades, mas de uma experiência singular e complexa, alicerçada durante o período da escravização, submetendo essas mulheres à um panorama de opressão distinto, caracterizado pelo trabalho forçado, violência sexual e uma negação sistemática de sua humanidade.

Muito embora as reflexões apresentadas por Davis (2016) ressaltem, por primazia, às realidades específicas das mulheres negras, sua obra oferece ampla contribuição para as reflexões deste estudo, ao passo em que a autora aborda a perspectiva crucial de compreensão acerca das estruturas de opressão que se entrelaçam e afetam de maneira única as pessoas negras e pobres.

É nesse cenário que ela destaca o encarceramento em massa da população negra, como uma forma de controle social, e contextualiza essa realidade ligando-a ao legado da escravização (Davis, 2016). A utilização dessa referência, de maneira mais elástica, me permite abrir possibilidades para pensar o sistema prisional interligado e alicerçado, historicamente, com discursos e práticas racistas.

Digo, com isso, que quando olharmos para o espaço onde transcorre o lócus investigativo desta pesquisa, será possível perceber elementos repletos de plurissignificados e atemporalidade, que o colocam dentro de uma configuração de reedição do passado colonial imerso em uma realidade emblemática, que vem sendo, há tanto tempo, negligenciada (Davis, 2018).

O perfil anteriormente apresentado por Diniz (2013), revela o quanto o caráter arcaico (e perverso) da escravização, assume formas de permanência, por

meio do racismo estrutural, e verificam-se enraizados nas instituições e nas atitudes e comportamentos expressados na contemporaneidade. Por sua vez, Angela Davis (2018) expõe e historiciza a situação atual das prisões, composta de uma população racializada desproporcional, especialmente de homens negros. Assim dá-se o imbricamento entre o racismo e o sistema prisional.

Trago essas ponderações para, além de enriquecer a discussão teórica da pesquisa, deixar marcado que é, também, no diálogo com Angela Davis que nos embasamos para retratar esse sistema do encarceramento/institucionalização da população negra, como fenômeno notadamente presente dentro do perfil das pessoas institucionalizadas no Manicômio Judiciário.

Seguindo com a retratação do perfil das pessoas em Manicômios Judiciários, no que diz respeito aos delitos cometidos, a maior parte foi contra seus familiares ou pessoas próximas. Nas palavras de Diniz (2013), há "uma minoria ainda mais silenciada nesse universo de anônimos" (p. 16), que são as mulheres, representando a menor parcela da população institucionalizada (7% dos indivíduos).

No período de referência da pesquisa, contabilizavam-se 23 (vinte e três) Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico - ATP no país. Verificou-se uma concentração de estabelecimentos nas regiões Sudeste e Nordeste no país, com 10 estabelecimentos no Sudeste e 8 na região Nordeste. Na Região Sul, haviam 3 unidades, na Região Norte, 3 e a Região Centro-Oeste possuía 2. Os estados do Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins não possuíam dados sobre a existência de ECTP's. Nesses casos, desconfia-se que as pessoas em medida de segurança pudessem estar em delegacias, presídios, penitenciárias ou outras instituições de custódia ou tivessem sido transferidas para outros estados. Os estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo eram os únicos que possuíam mais de um estabelecimento, sendo 3 (três) em cada Estado. O Estado do Ceará, em específico, registrava a existência de 1 (um) Manicômio Judiciário, mas sobre ele, nos debruçarmos mais detalhadamente em outra seção desta dissertação (Diniz, 2013).

Houveram três picos de criação de Manicômios Judiciários no Brasil: o primeiro entre 1921 e 1933, o segundo na década de 1980 e o último depois de 2001. Já era registrada a existência de 5 (cinco) estabelecimentos até 1933.

Sistematizamos um quadro, em anexo, contendo o levantamento dos HCTP, indicando seu nome, sua localização e o ano de criação dos mesmos, com base no estudo realizado por Diniz (2013).

Alicerçada nos dados coletados, a autora demonstra que, a despeito das conquistas do Movimento de Reforma Psiquiátrica, bem como da ampla revisão da legislação sobre o cuidado e atenção às pessoas com transtornos mentais, nem todos os indivíduos em sofrimento mental foram incluídos. O tratamento das pessoas com adoecimento mental em conflito com a lei ainda seguia a lógica do asilamento e da segregação social, uma postura que buscava justificar-se, sobretudo, pela ideia de periculosidade.

Nesse cenário, os números apresentados na pesquisa são alarmantes: São 3.989 homens e mulheres vivendo em regime de clausura para tratamento psiquiátrico compulsório por determinações judiciais no Brasil. São 2.956 indivíduos internados, em cumprimento de medida de segurança nos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico, onde 217 estão institucionalizados há mais de 15 anos, outros estão encarcerados há mais de 30 anos. Essas pessoas vivem em uma situação inaceitável, independentemente do número total de indivíduos. Elas passam mais tempo dentro dos muros do que fora deles. Para a autora, essas pessoas esquecidas e anônimas aguardam do Estado uma ação efetiva (Diniz, 2013).

Em sintonia com o exposto acima, há outro aspecto impactante que gostaríamos de destacar. Se refere às pessoas que encontram-se institucionalizadas “em regime de abandono perpétuo” (Diniz, 2013, p. 13). Levando em consideração que, de acordo com a legislação brasileira vigente³⁴ à época da realização do Censo, (amparada em decisão do Supremo Tribunal Federal em 2005) o limite de pena imposto às pessoas imputáveis era de 30 (trinta) anos de detenção, é perturbador o achado do Censo, ao identificar a existência de 18 (dezoito) pessoas institucionalizadas em Manicômios Judiciários há mais de 30 anos.

Verificou-se, também, um outro grupo de pessoas, onde sua situação desafia a lógica do entendimento: tratavam-se de 606 indivíduos internados há um

³⁴ Em 2019, mudanças importantes ocorreram na legislação penal brasileira. Por meio da Lei nº 13.964, de 24 de dezembro de 2019, conhecida como Pacote Anticrime, o aumento do limite máximo de cumprimento de pena foi alterado de 30 para 40 anos (Jusbrasil, 2019).

período de tempo muito maior do àquele previsto em legislação como o tempo máximo de pena máxima para a infração cometida.

É nesse panorama que os equívocos da institucionalização das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei se anunciam. Destacamos, por fim, que o estudo apresenta, ainda, fortes e desconcertantes evidências sobre a "estrutura inercial" do modelo psiquiátrico-penal no Brasil" (Diniz, 2013, p. 17). O retrato é: pelo menos um entre quatro indivíduos não deveria mais estar institucionalizado, seja porque já possuía decisão judicial para desinternação, seja porque a medida de segurança estava extinta ou mesmo porque sequer havia processo judicial que amparasse a sua internação. Além disso, para um terço dos indivíduos (1.194 pessoas), não havia como identificar se a internação se justificava, isso porque a confecção dos laudos psiquiátricos e de cessação de periculosidade tampouco haviam sido elaborados.

Para somar com as preciosas informações sistematizadas por Diniz (2013), apresentamos algumas elucidações trazidas pela pesquisa intitulada 'Inspeções aos Manicômios', empreendida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em parceria com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), no ano de 2015. Este foi um importante estudo que abordou a situação das pessoas institucionalizadas nos Manicômios Judiciários brasileiros, constituído a partir de inspeções realizadas em 17 estados do Brasil e no Distrito Federal.

A grande contribuição dessa pesquisa, sem dúvidas, foi realizar denúncia acerca da realidade perversa encontrada nos estabelecimentos de cumprimento de medida de segurança em nosso país. Há um vasto elenco de graves questões identificadas pelo estudo, que alargam o distanciamento existente entre esse modelo de instituição e os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Política Antimanicomial. Ressaltamos, a seguir, as principais problemáticas assinaladas: Precária ou nenhuma assistência jurídica e psicológica; Superlotação; Demora na realização das perícias; Disciplina e rotinas rígidas; Isolamento; Estrutura precária; Barreiras à convivência íntima; Falhas nos registros documentais; Falta de humanização nos atendimentos executados pelos profissionais da instituição; Descumprimento de

regras no processo de execução penal, dentre outras (Conselho Federal de Psicologia, 2015).

Foram valiosas as contribuições oferecidas pelas pesquisas realizadas por Débora Diniz e pelo Conselho Federal de Psicologia, ao campo dos estudos sobre os Manicômios Judiciários, bem como ao âmbito das políticas públicas de gestão penitenciária e de assistência em saúde mental voltadas à população às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, no sentido de orientar o planejamento e aperfeiçoamento destas.

Portanto, a partir das reflexões há pouco delineadas no presente texto dissertativo, embasadas pelo trabalho de Diniz (2013) e do Conselho Federal de Psicologia (2015), torna-se oportuno, nesse momento, apontar que, mesmo decorrida mais de uma década desde a realização do Censo dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e das Inspeções aos Manicômios Judiciários do Brasil, os HCTP seguiram atuando, com suas práticas que, em tese, deveriam ser voltadas à promoção de saúde e melhora do quadro de saúde mental do paciente, contudo, concretamente, se mostrando ofensivas à dignidade, à condição humana e ao quadro geral do sujeito destinado à medida de segurança e atestado como louco (Diniz; Brito, 2016).

Nas palavras de Caetano (2021, p.196), ainda é possível identificar uma espécie de 'populismo manicomial' no Brasil. Ou seja, não raras vezes consegue-se evidenciar autoridades públicas, médicos e juristas que manifestam-se em favor da manutenção do funcionamento dos Manicômios Judiciários, parecendo estarem indiferentes à falta de fundamento da teoria da periculosidade e uma legislação que deixa em destaque a ilegalidade da internação psiquiátrica de caráter asilar.

É dentro do reconhecimento público da ineficácia dos hospitais de custódia, da contradição entre a nomenclatura adotada pelo dispositivo e suas práticas e das constantes denúncias graves que os Manicômios Judiciários vinham sofrendo, que no ano de 2023, objetivando apresentar respostas institucionais qualificadas aos casos de pessoas com transtornos mentais ou com qualquer forma de deficiência psicossocial submetidas a processos criminais e socioeducativos ocorreu o avanço histórico representado pela aprovação e publicação da Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Resultado de um conjunto de esforços, traduzidos pelo fomento de atividades de orientação técnica voltadas ao tema e pela compilação de normativas³⁵ cujas diretrizes indicam a necessidade de efetivar o cumprimento da Lei nº 10.216/2001, a citada normativa, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, provocou em todo o país um intenso movimento interinstitucional em prol da desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei e, conseqüentemente, o fechamento dos Manicômios Judiciários.

A partir da proposição de caminhos de atuação interinstitucional, no sentido da desinstitucionalização e fechamento de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), emergiram para os cenários estaduais provocações de iniciativas que pudessem impulsionar atitudes institucionais no horizonte da implementação desta política, estabelecendo prazos para a adoção dos procedimentos fundamentais relativos ao fechamento paulatino dos HCTPs e estabelecimentos congêneres (Brasil, 2023).

De acordo com a Política, previa-se a interdição parcial dos Manicômios Judiciários em 28/11/2023 (seis meses contados a partir da entrada em vigor da Resolução), para todos os estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com proibição de novas internações em suas dependências. Do mesmo modo, determinava a interdição total desses estabelecimentos em 28/05/2024 (doze meses contados a partir da entrada em vigor da Resolução — art. 18), para o fechamento de todos os estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil.

A despeito das determinações impostas pela Resolução CNJ nº 487/2023, os Manicômios Judiciários no Brasil ainda não conseguiram encerrar as suas atividades. O Estado do Ceará, de forma vanguardista, notabilizou-se no cenário nacional ao efetivar a desinstitucionalização de todos os pacientes de seu HCTP, o

³⁵ As primeiras normativas publicadas pelo CNJ a indicar a adoção da política antimanicomial na execução das medidas de segurança são: a Resolução CNJ nº 113/2010, que dispõe sobre os procedimentos relativos à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, no âmbito dos tribunais; e a Recomendação CNJ nº 35/2011, que dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. Ressalta-se, ainda, que a Resolução CNJ nº 214/2015 indica que é atribuição dos Grupos de Monitoramento e Fiscalização (GMFs) fiscalizar e monitorar as condições de cumprimento da medida de segurança, podendo adotar as providências necessárias para observância das disposições legais aplicáveis (Conselho Nacional de Justiça, 2023).

Instituto Psiquiátrico Governador Stenio Gomes (IPGSG), e concretizar o encerramento das atividades da referida unidade.

O fechamento do Manicômio Judiciário do Ceará foi oficializado em 01 de outubro de 2023, por meio da Portaria nº 01/2024 do Tribunal de Justiça do Ceará (TJCE). É no bojo desse itinerário de implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário no Estado do Ceará, por meio do processo de desinstitucionalização dos pacientes do mencionado estabelecimento que empreendemos o presente estudo avaliativo.

3.3 Paradigmas da relação entre a Saúde Mental e o Sistema de Justiça: um olhar crítico sobre a Medida de Segurança e a Atenção às Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no Sistema Prisional

Com o advento da Constituição de 1988, instrumento através do qual o Brasil enceta o estado democrático de direitos, fundando-se no princípio da dignidade humana, passou-se a prever o pressuposto da culpabilidade como condição *sui generis* para a aplicação de sanções penais direcionadas às pessoas que cometem alguma prática entendida como delituosa pela legislação brasileira.

Dentro de um entendimento geral, as sanções penais configuram-se como medidas amparadas por um arcabouço legal, aplicadas pelo Estado à pessoa que cometeu um crime ou contravenção penal. Elas têm como principal objetivo punir, reprimir, prevenir e ressocializar aquele que infringiu a lei, protegendo a ordem jurídica e os bens jurídicos tutelados pelo Direito Penal. Conforme previsto no Código Penal brasileiro, as penas abrangem as seguintes tipologias: as privativas de liberdade, as restritivas de direitos e a pena de multa (Bitencourt, 2021).

Entretanto, quando se tratam das pessoas com transtorno mental que praticam alguma ação considerada crime pela normativa vigente, entram em debate as nuances sobre responsabilidade penal, inimputabilidade, periculosidade e, claro, sobre a própria concepção de medida de segurança. É sobre este ponto que inicio a minha explanação.

A tecitura da relação entre o sistema de justiça penal e o campo da saúde mental é notadamente delicada. Isso porque há um visível tensionamento entre as perspectivas de liberdade e controle punitivo nas relações entre a dita loucura e o

direito penal. Assim, torna-se notório que, quando uma pessoa que apresenta algum quadro de transtorno mental comete qualquer tipo de ato considerado delituoso, temos ali, um duplo encontro (carregada de estigmas) entre o poder médico psiquiátrico e o poder judiciário (Mascarenhas, 2024).

Inicialmente, é oportuno resgatar que as medidas de segurança foram instituídas pelo Código Penal de 1940 (mantidas na reforma de 1984³⁶), que entrou em vigor em 01 de janeiro de 1942. Essas medidas caracterizam-se como uma espécie de sanção aplicada à pessoa que pratica um crime, e que o transtorno mental ou desenvolvimento mental incompleto, impede o seu entendimento acerca do caráter ilícito da infração que está cometendo, bem como tem prejudicada a possibilidade de determinar-se de acordo com este entendimento (Caetano, 2021).

Vejamos o que está expresso no Código Penal brasileiro de 1984, em seu artigo 26 sobre a isenção de pena para o inimputável:

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Assim, para este perfil de pessoa, confere-se a condição de inimputável, a partir de uma absolvição imprópria, ao se formar o entendimento de que ela não apresenta responsabilidade penal sobre o ato praticado. Desse modo, sobre aquela pessoa irá incidir uma Medida de Segurança que requer, obrigatoriamente, o direcionamento para um tratamento psiquiátrico (Mascarenhas, 2024).

³⁶ A reforma penal brasileira de 1984 trouxe uma série de preceitos e princípios que mais tarde adotaria a Constituição Federal de 1988, representando um marco para o Direito Penal. A ideia inicial era modificar a Parte Especial do Código Penal de 1940, que, no entanto, permaneceu intacta. O Brasil se afasta da escola tradicional causalista italiana e assume a concepção finalista alemã de Hans Welzel, mantendo-se a estrutura do Código Penal com algumas alterações. A comissão de juristas responsável pela reforma penal parte de uma nova concepção: olhar o Direito Penal partindo da premissa de um Estado Democrático Direito. Não mais se aceitava a simples visão do Código Penal como um caderno de leis, sendo necessária a prescrição de garantias. Acolheu-se, então, uma linha filosófica e instituiu-se uma gama de princípios que estavam em construção com compromisso a um Estado Democrático de Direito. Posteriormente, as mesmas balizas e princípios da reforma penal de 1984 são encontrados na Constituição Federal de 1988 e, a partir daí, fez-se a leitura de que o Direito Penal deve se fundamentar na Constituição, respeitando seus princípios e uma pauta mínima de direitos humanos. Esta sintonia da reforma penal de 1984 com a Constituição Federal de 1988 ensinou, ainda, uma lição: a importância de se adotar uma linha filosófica e um Direito Penal que caminhe junto com sua Constituição (Felício, 2019).

Ao reconhecer que, comumente, verifica-se um desconhecimento acerca das características que distinguem a sanção penal da medida de segurança, o que por vezes gera equívocos acerca de natureza e objetivo destas, considero oportuno e necessário apresentar, nesse momento, algumas ponderações.

Ao levar esta comparação para o prisma do sujeito da sanção, percebe-se que a pena é aplicada ao agente tido como imputável, isto é, aquele entendido com plenamente capaz de responder por seus atos. Já a medida de segurança, como já explicitado anteriormente, aplica-se ao inimputável, nos termos do art. 26 do Código Penal (Brasil, 1984).

Já no que se refere à duração e revisão, a Pena tem prazo fixo, determinado na sentença judicial. Enquanto a Medida de Segurança é de tempo indeterminado, mas deve ser periodicamente revista. A cessação da medida requer, necessariamente, posicionamento médico. Ou seja, a duração da medida de segurança não é previamente fixada, como ocorre com a pena, mas condicionada à ideia de cessação da periculosidade do agente, conceito este sobre o qual tecerei algumas críticas, ainda nesta seção (Capez, 2023).

Contudo, o aspecto que avalio como mais importante de ser compreendido, é o da natureza jurídica. De acordo com Grego (2022), a pena possui natureza retributiva e preventiva, ou seja, visa punir o agente pelo delito praticado, desestimulando novas infrações. Enquanto a medida de segurança tem natureza preventiva e curativa, sendo aplicada ao inimputável (ou semi-imputável), considerado incapaz de compreender o caráter ilícito do fato, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto. Em síntese, o entendimento do referido autor é que a pena tem conteúdo retributivo, enquanto a medida de segurança deve ser eminentemente preventiva e terapêutica.

Explorando um pouco mais esses perfis, cabe caracterizar conceitos basilares para essa discussão, que são os da imputabilidade, inimputabilidade e semi-imputabilidade. Referenciado por Caetano (2019), identificamos como imputáveis os indivíduos considerados mentalmente sãos e desenvolvidos, que apresentam capacidade de discernimento e autodeterminação. À essas pessoas, em caso de cometimento de crimes, são aplicadas penas, que pressupõe a culpabilidade do indivíduo.

Por outro lado, àqueles que são destinatários das medidas de segurança, são os inimputáveis e semi-imputáveis. No primeiro caso, o da inimputabilidade,

estão compreendidas as pessoas que, em virtude de adoecimento mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, tem total incapacidade de compreender o caráter ilícito do ato praticado, ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Nessas circunstâncias, essa pessoa é absolvida do processo sendo, portanto, submetida à medida de segurança, em razão da presumida periculosidade. No segundo caso, o da semi-imputabilidade, temos pessoas que apresentam reduzida capacidade de entendimento em decorrência do adoecimento mental ou pelo incompleto ou retardado desenvolvimento mental. Nesses casos, estas pessoas são consideradas imputáveis, a princípio, sendo reconhecidas como culpáveis pela prática criminosa, mas que tem a sua pena substituída pela medida de segurança já no ato de sua sentença condenatória, em virtude de sua capacidade penal entendida como reduzida (Caetano, 2019).

Agregando elementos relevantes à esta exposição, trazemos também os apontamentos de Mascarenhas (2024), que descreve:

Para o juiz de execução aplicar a medida de segurança, a pessoa precisa ser considerada inimputável, o que acontece na situação em que o transtorno mental ou o desenvolvimento mental incompleto impede o entendimento do caráter ilícito da infração que está cometendo e a possibilidade de determinar-se de acordo com esse entendimento. Considerada inimputável pela justiça penal, não pode ser responsabilizada pelo delito cometido, sendo, portanto, isenta de pena. Com a aplicação da sentença absolutória imprópria, a pessoa considerada inimputável será absolvida, mas não posta em liberdade. A sanção penal aplicada será a Medida de Segurança, que implicará obrigatoriamente em tratamento psiquiátrico ambulatorial, quando a pena para o delito cometido tenha previsão de detenção, ou em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), quando a pena para o delito tenha previsão de reclusão (Mascarenhas, 2024, p.11).

A isenção de pena para o indivíduo inimputável, amparada pelo Código Penal, ocorre mediante decisão judicial, que reconhece a inimputabilidade da pessoa, e se constitui a partir de sentença de absolvição. Entretanto, mesmo reconhecida a inimputabilidade e concedida a absolvição³⁷, a legislatura impõe a medida de segurança a este sujeito, aplicada em caráter sancionatório, em algumas hipóteses. Uma destas se refere a decisão pela inimputabilidade com absolvição. Outra diz respeito a uma sentença de natureza condenatória no princípio e que, em um segundo momento, reduz-se a pena ou a substitui pela medida de segurança.

³⁷ À este procedimento, dá-se o nome de sentença de absolvição imprópria pela qual o réu é absolvido, contudo é submetido a medida de segurança. Esse termo vem definido no art. 97 do Código Penal, que disciplina as consequências jurídicas advindas do reconhecimento de inimputabilidade (Caetano, 2019).

Uma terceira hipótese, prevista na Lei de Execução Penal (LEP), concerne aos casos conceituados como superveniência de adoecimento mental ou transtorno mental manifestado durante o tempo de encarceramento. Ou seja, nesses casos, o juiz pode substituir a pena por medida de segurança durante a execução da pena privativa de liberdade originalmente aplicada, caso seja identificada nesta pessoa a manifestação de transtorno mental do decorrer do curso da prisão (Caetano, 2019).

O autor acima referenciado nos aponta um argumento pertinente para agregar nas explanações sobre esta realidade, vejamos:

[...] nos lugares onde os manicômios judiciários funcionam sem maiores questionamentos, a substituição da pena por medida de segurança apresenta-se eventualmente sedutora para os punitivistas de plantão, que através desse expediente podem ser contemplados os seus anseios por vingança plena diante da possibilidade do aprisionamento manicomial por tempo indeterminado (e por vezes perpétuo) (Caetano, 2019, p. 34).

Considerando que não está expressamente definida nas normativas vigentes as nuances para a substituição de uma pena privativa de liberdade por uma medida de segurança, estas decisões ficam a mercê do entendimento de cada magistrado/magistrada, que guiam suas tomadas de decisão por critérios, por vezes, escusos, percorrendo linhas muito tênues onde, de um lado está a prisão convencional e do outro está o Manicômio Judiciário. Este é um cenário delicado e perigoso, com desdobramentos substancialmente complexos na vida daqueles a quem as medidas de segurança são impostas.

Mascarenhas (2024), nos aponta uma reflexão importante acerca dos rebatimentos desse confronto de poderes na vida das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, ao dizer que além do impacto dos registros médicos e jurídicos, suas vidas são irremediavelmente modificadas quando são colocadas em medida de segurança e encarceradas em manicômios judiciários. Sobretudo porque a saída de um paciente do Manicômio Judiciário dependerá, via de regra, de um parecer favorável encaminhado ao juiz, que decidirá pela saída ou não daquela pessoa.

O mencionado parecer, além de conter relatório social acerca das possibilidades de retorno ao interno ao convívio social, é alicerçado, sobretudo, pelo Exame de Cessação de Periculosidade³⁸. Cabe destacar que, embora o referido

³⁸ O exame de Cessação de Periculosidade, também conhecido como Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade, é uma avaliação que visa determinar o risco de violência que uma pessoa representa para a sociedade. O resultado do exame fornece elementos para o sistema

exame ateste a cessação da suposta periculosidade daquela pessoa, o juiz pode optar pela manutenção da medida de segurança.

O exame mencionado, de modo geral, realizar-se-á após transcorrido o prazo da medida de segurança, que pode variar de um a três anos, ou de acordo com o que foi fixado pelo juiz, pautando-se pelo argumento da periculosidade do indivíduo. Enquanto a dita periculosidade não cessa, a execução da medida de segurança é mantida, fato esse que pode resvalar na permanência de pacientes por décadas no HCTP. Esse caráter restritivo da medida, bem como a ausência de adequada infraestrutura para a oferta de cuidados em saúde mental, acarreta a privação de outros direitos ao longo do período de institucionalização do paciente (Prado, 2017).

Por mais que sejam manifestadas como sendo, em tese, providências cuja natureza e objetivo é proporcionar tratamento em saúde mental àquelas pessoas, na prática as medidas de segurança (historicamente, e pela maneira como têm sido executadas em grande parte do país) têm se revelado com fortes características de sanções penais que, embora não se fundem na culpabilidade, estão alicerçadas da ideia de periculosidade do sujeito (Caetano, 2021). Conceito este que merece ser colocado em pauta neste texto, sob um olhar crítico.

Desde sua gênese, a aplicabilidade das medidas de segurança já se pautavam na prática do crime e na suposta periculosidade do agente. Utilizado como fundamento para a aplicação das medidas de segurança, o conceito de periculosidade, desde 1940, é considerado de forma acrítica como justificativa para a institucionalização (e consequente segregação) de pessoas com algum transtorno mental em conflito com a lei. De acordo com Caetano (2021), a lógica pode ser ilustrada em uma equação simples: prática do crime + loucura = absolvição + medida de segurança.

Adensando esse pensamento, o mesmo autor colabora expressando que:

A medida de segurança é um legado da Escola Positiva do Direito Penal, de raiz determinista, segundo a qual o homem não governa suas próprias ações e não tem liberdade de agir. Para o positivismo criminológico, a infração penal é expressão sintomática de uma personalidade antissocial, anormal e perigosa. Reflexo de uma doença ou de uma anomalia, o crime não deve ter como resposta, então, uma sanção penal de natureza retributiva. Segundo essa perspectiva, a pena deveria ganhar, pois, a companhia da medida de segurança, esta de caráter preventivo e que

judiciário decidir se a periculosidade do indivíduo deve ser cessada ou não. A cessação da periculosidade deve ser averiguada por meio de perícia médica, a ser realizada por Perito Forense Médico Psiquiatra.

seria capaz de alcançar os objetivos da correção, da educação, da inocuização e da cura, proporcionando, na perspectiva do positivismo criminológico, a readaptação do delinquente à vida normal da sociedade (Caetano, 2021, p. 194).

Ou seja, a culpabilidade configura-se como pressuposto para a aplicação de pena à pessoas ditas sãs que cometem algum delito e, por sua vez, a periculosidade se inscreve como premissa para a imposição da sanção penal (medida de segurança) em pessoas com transtornos mentais que praticaram algum ato considerado crime. No entendimento de Carrara (1998), a ideia da tal periculosidade é compreendida (e disseminada na sociedade) como uma espécie de índice de criminalidade inerente ao sujeito ou índice pessoal de expectativa de realização de novos delitos.

Essa concepção vem de longe. Está fundada nas teorias do psiquiatra italiano Cesare Lombroso, expostas sobretudo em sua obra intitulada 'O homem delinquente', publicada em 1870, onde ressalta-se a ideia de um 'criminoso nato', conforme nos sinaliza Mascarenhas (2024). Essas elaborações impactaram de forma substancial o Direito Penal brasileiro, embora na contemporaneidade já seja evidente que tratam-se de teorias equivocadas e sem fundamentação científica.

Recorremos novamente à Caetano (2021) para abordar esse cenário:

A periculosidade é uma herança lombrosiana maldita, mas que ainda seduz. É injustificável, exceto para quem não se incomoda em face do autoritarismo punitivo, a acomodação de grande parte dos pensadores do direito penal diante de uma bizarrice que vem do século XIX, mas que, ressalvadas raras exceções, passa distante de qualquer problematização mesmo depois da Constituição de 1988 e, o que expõe um pouco mais a omissão acadêmica, mesmo em face da clareza solar dos avançados dispositivos da Lei Antimanicomial, esta que rompe definitivamente com o mito da periculosidade para estabelecer uma nova ordem no plano da atenção em saúde mental, pautada na liberdade e no respeito à dignidade do louco (Caetano, 2021, p. 95).

Outra aspecto relevante nessa discussão é apontada por Diniz (2013):

Não há evidências científicas na literatura internacional que sustentem a periculosidade de um indivíduo como uma condição vinculada à classificação psiquiátrica para o sofrimento mental. Periculosidade é um dispositivo de poder e de controle dos indivíduos, um conceito em permanente disputa entre saberes penais e psiquiátricos (Diniz, 2013, p. 17).

Desse modo, é fundamental dizer que os diagnósticos psiquiátricos não apresentam periculosidade intrínseca, não se configura como fator determinante para o cometimento de uma infração penal pela pessoa com transtorno mental. O

que se tem, na realidade, é um cenário de pessoas que sofrem com algum tipo de adoecimento mental e que, em algum momento da trajetória de suas vidas, praticaram algum ato considerado ilícito. Sendo perversa a prática de, severamente, atrelar a pessoa com transtorno mental à imagem de alguém perigoso, potencialmente criminosa.

Os motivos pelos quais essas pessoas efetivaram tais atos delituosos, não somos capazes de identificar. Contudo, em consonância com as ponderações de Diniz (2013), podemos apontar algumas pistas acerca dos cenários sensíveis em que estes sujeitos encontram-se inseridos, quais sejam: a ausência de tratamento de saúde adequado, o abandono das redes sociais de proteção e cuidado e a fragilização das políticas públicas voltadas à esta população.

Como vimos, essa ideia que ressalta a suposta periculosidade da pessoa com transtorno mental é bastante enraizada na sociedade brasileira, sobretudo, quando se refere à tradição jurídico-penal, muito embora essa concepção não encontre amparo algum nos princípios norteadores da Constituição Federal de 1988.

Ora, se o texto constitucional passou a considerar a premissa da culpabilidade como fio condutor para a aplicação de qualquer medida de caráter sancionatório pela justiça criminal, podemos inferir que a teoria da suposta periculosidade não encontra respaldo. Isso nos leva a concordar com Caetano (2021), quando este visualiza que, conseqüentemente, as sanções que impõem a institucionalização de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, em Manicômios Judiciários, são atos inconstitucionais.

Em suma, a Constituição de 1988 dá forma para o fundamento jurídico arrimado na dignidade humana, que é um dos fundamentos do Brasil como estado democrático de direito. Desse modo, não há exceções no texto constitucional quando se remete a dignidade da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, estando ela contemplada nesse aparato e devendo ser respeitada pelo Estado.

A Lei 10.216/2001, sendo diretriz para a reformulação das ações de atenção à saúde mental, com foco no cuidado em saúde a partir de uma rede de serviços de atenção psicossocial estruturada em base territorial, nos permite inferir que o adoecimento mental das pessoas tem seu nascedouro em aspectos como a fragilização e rompimento dos vínculos sociais e do empobrecimento da rede de suporte e cuidados para essas pessoas. Teorias científicas empreendidas durante décadas, por nomes como Amarante e Delgado, embasam tal entendimento, ao

revelarem que os transtornos mentais têm base psicossocial (Caetano, 2021).

Diante do exposto, compreende-se que o cuidado em saúde mental não pode e não deve ser exercido em lugares onde as possibilidades de relações psicossociais sejam incipientes ou inexistentes. A internação psiquiátrica, é sabido, permanece sendo legalmente prevista, enquanto um recurso terapêutico possível quando, eventualmente, se fizer necessário no itinerário de cuidados à pessoa com transtorno mental.

Entretanto, a compreensão que se faz necessária consolidar é que, tal recurso, deve ser utilizado de forma excepcional, tão somente quando as demais medidas extra-hospitalares não forem capazes de dar resposta efetiva ao tratamento. Isso porque, os estudos científicos no campo da saúde mental comprovam que, a internação psiquiátrica de longa permanência, provoca agravos e, essencialmente, apresenta características ineficientes e pouco nobres (Arbex, 2019).

Ademais, entende-se como aspecto relevante na composição do presente texto afirmar que, o esforço a ser empreendido, na contemporaneidade, é consolidar o entendimento de que a lógica manicomial deve dar lugar à lógica da inclusão social em sua plenitude. Ou seja, fomentar a compreensão de que o lugar da pessoa com transtorno mental deixou de ser a institucionalização de caráter manicomial para ser a vivência de sua trajetória em sociedade, no seu território, nos espaços da cidade.

Isso se traduz, inclusive, no destaque feito pela Política Antimanicomial do Poder Judiciário (Resolução nº 487/2023 - CNJ), ao dar as diretrizes para a priorização da medida de segurança de tratamento ambulatorial, no território, em detrimento da medida de internação, às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, sugerindo a adoção de fluxos pactuados entre o Poder Judiciário e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ainda nessa direção, a política mencionada ressalta que, nessa modalidade de medida de segurança, o interesse exclusivo deve ser o benefício à saúde da pessoa, priorizando seu cuidado a partir de um olhar multiprofissional e guiando-se por um Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Portanto, esta política tem como premissa que as práticas institucionais devem ter como pressuposto a adoção de medidas orientadas para a garantia do acesso a tratamento em saúde, sendo a internação em saúde mental alternativa de caráter excepcional, a ser indicada somente por razões clínicas que a justifiquem, durando apenas o período de tempo estritamente necessário à sua estabilização, e exclusivamente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes

(Brasil, 2023).

Ou seja, a efetivação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, ao orientar que a indicação da internação seja fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde, reproduz a diretriz encontrada na Lei n. 10.216/2001, quando se refere à vedação do acolhimento de pacientes de saúde mental em estruturas de caráter asilar. Reitera-se, portanto, o fundamento de que o tratamento em saúde mental deve ter como fio condutor a manutenção dos laços sociais, como reflexo do caráter territorializado da disponibilidade desse cuidado.

Entende-se a partir disso, portanto, que o direcionamento a ser dado às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei não pode ter sintonia nenhuma com qualquer concepção que se afaste do objetivo permanente da reinserção social desse paciente.

A partir do debate empreendido acima, torna-se possível perceber que não é simples o exercício de percorrer as trilhas desse caminho, no horizonte da implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, haja vista ser esse um caminho marcado por disputas de narrativas e entendimentos distintos, guiados por concepções complexas.

Entretanto, no esforço de empreender a atividade avaliativa da política pública em estudo, na seguinte seção, me debruço agora na conceituação e contextualização da Política Antimanicomial do Poder Judiciário em si, trazendo também o cenário do seu espraio no Ceará e apresentando o Instituto Psiquiátrico Governador Stenio Gomes (IPGSG), sendo este o principal e contraditório campo da implantação da política pública em pauta.

4 OS SENTIDOS DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL DO PODER JUDICIÁRIO: CONCEITUANDO E CONTEXTUALIZANDO AO CENÁRIO CEARENSE

Ao longo desta seção, irei aprofundar os debates sobre os elementos que se referem a conceituação, constituição, caracterização e trajetória da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, instituída por meio da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), explorando, ainda, os seus desdobramentos no cenário cearense.

A partir dessas exposições, lanço o olhar sobre o Manicômio Judiciário Cearense - Instituto Psiquiátrico Governador Stenio Gomes (IPGSG), contextualizando-o historicamente, apresentando características importantes e dados básicos sobre o perfil do mesmo, de modo que seja possível avançar para o cenário da desinstitucionalização dos pacientes que encontravam-se recolhidos nesta unidade do sistema prisional, entendendo esta ação como a mais nobre dentro do rol de atividades previstas pela política pautada a seguir.

4.1 A Política Antimanicomial do Poder Judiciário: caracterização, trajetória e desdobramentos no cenário cearense

A inclusão do direito à saúde na Constituição Federal do Brasil representa um processo histórico de intensa mobilização, envolvendo movimentos sociais e profissionais da saúde, que começou na década de 1970, conforme já exploramos em seções anteriores neste texto. No contexto da elaboração de propostas legislativas sobre este tema, os/as sanitaristas³⁹ desempenharam um papel crucial, exigindo, por meio de uma participação ativa na construção da agenda constitucional, que esse direito fosse ampliado. Assim, a saúde deveria ser garantida

³⁹ Sanitarista é a/o profissional implicado com o campo da saúde pública e coletiva no Brasil. Trata-se de profissional generalista, interdisciplinar, com qualificação para desempenhar sua atuação em diversos setores do sistema e dos serviços de saúde, podendo exercer sua atividade no âmbito da gestão de serviços de saúde ou na pesquisa, tanto do setor público como privado. Sua vinculação à Reforma Sanitária Brasileira e ao ideal de fortalecimento e qualificação do SUS se constituem como a principal base argumentativa para a implantação dessa profissão e dos cursos de graduação e pós-graduação nesta área. Ou seja, aponta-se aqui para o espaço da Saúde Coletiva, enquanto espaço multiprofissional e interdisciplinar, que, ao se preocupar amplamente com a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), tem ressaltado a importância da necessidade de formar profissionais qualificados para a transformação das práticas e mobilizados politicamente para a mudança de modelos de atenção, como propõe esse campo de conhecimento e atuação profissional (Silva, 2018).

por lei a todas as pessoas, de forma integral, com ações integradas e compartilhadas entre os três níveis da federação (Correia, 2017).

Levando em consideração os diversos fatores, que influenciam o cenário concreto na qual o direito à saúde se aplica, o SUS buscou abranger tanto políticas direcionadas a grupos sociais específicos, como é o caso da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)⁴⁰ e da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)⁴¹, quanto atua por meio de articulação com outras políticas sociais.

Ressalta-se, dentro dessa perspectiva, o que encontra-se disposto no artigo nº 23 da Constituição Federal, que expressa as atribuições da União, dos estados e dos municípios acerca da responsabilidade compartilhada pela promoção da saúde, assistência pública e pela proteção e garantia dos direitos das pessoas com deficiência (Brasil, 1988).

No âmbito da saúde mental, a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira, especialmente após a promulgação da Lei nº 10.216/2001, ainda segue em diferentes estágios de implementação, variando conforme os diversos grupos a que a norma se destina. Os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) representam o símbolo máximo da mudança no modelo de atendimento, focado no cuidado de pessoas, em sua maioria, com transtornos mentais ou deficiência psicossocial. Entretanto, expressivos desafios ainda persistem.

Sobre essa complexa transformação de paradigma, observe-se:

A substituição progressiva do hospital psiquiátrico por serviços regionalizados é um de seus aspectos. Também a busca de uma forma de cuidado que, ao mesmo tempo, diminua o sofrimento humano, produza autonomia e ampliação dos laços

⁴⁰Tendo em vista a promoção da equidade em saúde e orientado pelos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, universalidade e participação social, em consonância com o Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), o Ministério da Saúde instituiu, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009. Esta política é um compromisso firmado pelo Ministério da Saúde no combate às desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS) e na promoção da saúde da população negra de forma integral, reconhecendo que as iniquidades em saúde são resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais – em destaque, o vigente racismo – que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras (Brasil, 2017).

⁴¹ O Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), oficializada pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Significa um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população vulnerabilizada, legitimando as suas necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade previstos na Constituição Federal, e reconhecendo que garantia ao atendimento à saúde é uma prerrogativa de todo cidadão e cidadã brasileiros, respeitando-se suas especificidades de gênero, orientação e práticas afetivas e sexuais (Brasil, 2013).

sociais — ao invés de segregação, violência e abandono — é outro aspecto, do mesmo modo que a luta contra a exclusão social e o estigma de incapacidade e periculosidade associado à doença mental (Silva, 2005, p.304).

Notadamente, no que diz respeito à população privada de liberdade nas instituições ligadas aos órgãos responsáveis pela administração do sistema prisional, a trajetória de estudos tem mostrado que os progressos são mais limitados. Isso ocorre, principalmente porque no âmbito do sistema prisional, o modelo manicomial persiste, sendo reforçado pela noção de periculosidade, frequentemente associada às medidas de segurança (Brasil, 2023).

Nesse sentido, um vasto percurso de lutas, disputas de narrativas e construção de instrumentos normativos se processou, de modo que estas estratégias pudessem edificar um caminho para a implementação de ações que se alinhem, de forma consistente e rápida, aos princípios que balizam a consolidação de um novo paradigma.

Embora não tragam, no bojo de seu texto, apontamentos específicos acerca das questões relacionadas às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, é indispensável mencionar o papel basilar que as leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, bem como a Lei nº 7.210, de 1984 desempenham no tocante à este público.

Acerca das leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, é fundamental resgatar que essas normativas estabelecem princípios e diretrizes para a implementação do direito à saúde, regulamentando as condições para sua promoção e proteção, assim como o funcionamento e a gestão do SUS, incluindo suas redes, serviços e equipamentos (Brasil, 1990). Além disso, abordam a dinâmica de participação social na construção das políticas relacionadas a esse direito social (Brasil, 1990). Já a lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, denominada Lei de Execução Penal (LEP), reconhece, em seu artigo nº 41, o direito à saúde como parte da assistência a ser prestada à pessoa privada de liberdade, incluídas aquelas em condição de internação (Brasil, 1984).

Abaixo, apresento um quadro que consolida o apanhado de alguns dos instrumentos normativos mais expressivos, no que se refere aos direitos das pessoas com transtorno mental, e que dialogam com o âmbito do sistema de justiça, de modo a fomentar a trajetória que irá desaguar na Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Vejamos:

Quadro 3 - Principais marcos normativos que fomentaram a construção da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

Instrumentos normativos	Descrição
Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984).	Versa sobre a necessidade de combater práticas que produzam sofrimento e violações de direitos humanos nas instituições de tratamento da saúde mental, públicas ou privadas.
Lei nº 10.216/2001 - Lei da Reforma Psiquiátrica.	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial em saúde mental e veda a internação em instituições com características asilares.
Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2009).	Instrumento pelo qual o Estado brasileiro comprometeu-se a promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação.
Resolução CNJ nº 113/2010 e a Recomendação CNJ nº 35/2011.	Publicadas com o objetivo de adequar a atuação da justiça penal aos dispositivos da Lei n. 10.216/2001, privilegiando-se a manutenção da pessoa em sofrimento mental em meio aberto e o diálogo permanente com a rede de atenção psicossocial.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Instituída por meio da Portaria Interministerial n. 1/2014, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, bem como da Portaria n. 94/2014, do Ministério da Saúde, que institui o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP.
Estatuto da Pessoa com Deficiência.	Instituído pela lei nº 13.146/2015 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, que assegura e promove, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.
Resolução CNJ nº 213/2015.	Dispõe sobre a realização de audiência de custódia, disciplinando sobre a garantia de acesso aos serviços médico e psicossocial, resguardada sua natureza voluntária, para pessoas que apresentem quadro de transtorno mental ou dependência química.
Relatório do Alto Comissariado para os	Expõe um conjunto de recomendações voltadas à qualificação dos serviços de saúde mental, a

Direitos Humanos das Nações Unidas, apresentado na 34ª Sessão da Assembleia Geral da ONU em janeiro de 2017.	acabar com a prática do tratamento involuntário e da institucionalização e para criação de um ambiente político e legal que assegure a garantia dos direitos humanos das pessoas com deficiências psicossociais.
Resolução nº 8/2019 do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH).	Destinada à orientação das políticas de saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas em todo o território nacional.
Resoluções nº 04/2010 e n. 05/2004 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP).	Versava sobre a aplicação da Lei n. 10.216/2001 à execução das medidas de segurança.
Resolução CNJ nº 288/2019.	Define a política institucional do Poder Judiciário para a promoção da aplicação de alternativas penais, com enfoque restaurativo, em substituição à privação de liberdade.
Resolução nº 2002/2012 do Conselho Econômico e Social da ONU.	Destinada à orientação dos princípios básicos para a utilização de programas de justiça restaurativa em matéria criminal.
Resolução CNJ nº 225/2016.	Dispõe sobre a Política Nacional de Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário.
Resolução CNJ nº 425/2021.	Institui, no âmbito do Poder Judiciário, a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades.
Resolução nº 487 de 15/02/2023.	Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

Fonte: Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário: Resolução CNJ n. 487 de 2023 (Brasil, 2023).

A partir do elenco de instrumentos normativos apresentados no quadro acima, que reflete parte importante da trajetória institucional que a pauta sobre as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei percorreu, até que se constituísse a política pública em estudo neste trabalho, há que se fazer um destaque sobre algumas daquelas, ao compreendermos que seu conteúdo e direcionamento dialogam de maneira bastante aproximada com aspectos basilares do presente estudo.

A primeira delas trata-se da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída a partir de 2014, por meio da publicação da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. A PNAISP tem como objetivo assegurar o acesso das pessoas privadas de liberdade dentro das unidades do sistema prisional brasileiro ao cuidado integral no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2014).

Ao passo que adota a intersetorialidade como uma de suas principais diretrizes, a PNAISP reconhece a complexidade que envolve os problemas de saúde dessa população, ressaltando a importância de encontrar soluções que demandam uma abordagem coletiva, envolvendo diversos setores e não apenas um único viés de atuação (Bartos, 2023).

Além de se configurar como a principal atual política de saúde que incide no sistema carcerário, esta política, em linhas gerais, apresenta sugestões de ações no âmbito da atenção psicossocial, estruturadas sob a ótica das redes de atenção à saúde. A inovação deste instrumento normativo, no que diz respeito à atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, se traduz na inclusão de profissionais especializados em saúde mental na composição da Equipe de Atenção Primária Prisional - Eapp (Brasil, 2014).

Desse modo, vislumbra-se que as ações de atenção básica à saúde, dentro das unidades do sistema prisional, pudessem se desenvolver de forma mais qualificada, alcançando inclusive as demandas de cuidados em saúde mental, haja vista que esta equipe de profissionais é responsável pelas estratégias gerais de atenção à saúde população privada de liberdade, dentro do direcionamento da PNAISP (Brasil, 2014).

Por conseguinte, ainda dentro do mesmo momento histórico, ressalto a Portaria nº 94/2014, do Ministério da Saúde, por meio da qual se estabelece o Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis às Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito do SUS. A partir disso, cria-se um mecanismo de conexão, por meio da denominada Equipe EAP. A atuação desta equipe se dá, sobretudo, na articulação entre as instâncias judiciais responsáveis pela responsabilização e aplicação das medidas de segurança e as políticas sociais, abrangendo todo o processo, desde a fase inicial do processo até a execução final da sanção determinada pelo Poder Judiciário. Essas normas administrativas são as mais relevantes para a compreensão e ativação de

estratégias de atenção psicossocial junto à população em conflito com a lei (Brasil, 2023).

Outra legislação que merece destaque, é a Lei nº 13.146/2015 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência. Tendo entrado em vigor somente em 2016, a citada normativa apresentou significativos avanços na atualização dos direitos humanos desse grupo. Amparando às pessoas com transtornos mentais, a lei reafirma a importância do reconhecimento da capacidade das pessoas com deficiência psicossocial⁴², como uma medida essencial para a eliminação de atitudes capacitistas, entendidas como discriminação contra qualquer indivíduo em razão de sua deficiência (Brasil, 2015).

Dentro dessa perspectiva, infere-se que a normativa mencionada fortalece, de maneira rigorosa, o modelo biopsicossocial da deficiência, um paradigma que, juntamente com o da Reforma Psiquiátrica brasileira, propõe uma nova abordagem para a forma como a sociedade e o Estado compreendem e lidam com as pessoas com deficiência, incluindo aquelas com transtorno mental que encontram-se no contexto da privação de liberdade.

Fazendo uma interlocução com o âmbito jurídico e político internacional, essas afirmações fornecem a base para a definição de orientações ao poder estatal, inclusive à Justiça Penal. A Organização Mundial de Saúde, no Plano de Ação Integral sobre Saúde Mental 2013-2030, destaca a importância de adotar medidas para corrigir as desigualdades resultantes de décadas de discriminação contra pessoas com deficiência, incluindo aquelas com transtornos mentais ou deficiências psicossociais (Oms, 2022).

A OMS ressalta a relevância de identificar e avaliar as necessidades apresentadas pelos diferentes grupos sociodemográficos presentes nos territórios, incluindo as necessidades das pessoas privadas de liberdade e de outras parcelas da população consideradas em situação de vulnerabilidade acrescida, como as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, de modo que sejam adotadas

⁴² Pessoas com deficiência são aquelas que apresentam impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem dificultar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas." No entendimento da definição de deficiência psicossocial, compreende-se que se refere às pessoas com diagnóstico de transtorno mental que tenham sofrido os efeitos de fatores sociais negativos, como o estigma, a discriminação e a exclusão (Brasil, 2015).

estratégias que fomentem a eliminação dos obstáculos que impedem o acesso ao tratamento, atenção e apoio (Oms, 2022).

Referente a essas análises, vejamos:

Las personas con trastornos mentales suelen vivir situaciones de vulnerabilidad y pueden verse excluidas y marginadas de la sociedad, lo cual representa un importante impedimento para la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, vinculante para los Estados-partes que la han ratificado o se han adherido a ella, protege y fomenta los derechos de todas las personas con discapacidad, incluidas las que padecen trastornos mentales e intelectuales, y también estimula su inclusión plena en la cooperación internacional, y en particular en los programas internacionales de desarrollo (Oms, 2022, p. 03)⁴³.

É importante reafirmar, a partir das pontuações apresentadas acima, com base nas análises da OMS, que o Brasil ratificou e promulgou normas internacionais⁴⁴ voltadas à proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental ou qualquer tipo de deficiência psicossocial. Para assegurar a efetividade dessas normas, foi estabelecido um conjunto de responsabilidades para o Estado, o que implica na corresponsabilização das instituições e órgãos competentes na área (Brasil, 2023).

Com isso, é indispensável mencionar o cumprimento da sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos - IDH, proferida no Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. As decisões proferidas pela Corte IDH apresentaram efeito automático no ordenamento jurídico brasileiro, sendo vinculantes para todas as esferas do Poder Público. O Estado se compromete a cumprir as decisões e, implementar tais decisões, significando impender a obrigação de adotar as medidas que forem

⁴³ As pessoas com transtornos mentais frequentemente vivenciam situações de vulnerabilidade e podem se ver excluídas e marginalizadas na sociedade, o que representa um grande impedimento para o alcance dos objetivos de desenvolvimento nacionais e internacionais. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, obrigatória para os Estados partes que a ratificaram ou a ela aderiram, protege e promove os direitos de todas as pessoas com deficiência, inclusive aquelas com transtornos mentais e intelectuais, bem como incentiva sua plena inclusão na cooperação internacional e, em particular, em programas internacionais de desenvolvimento (tradução do próprio autor).

⁴⁴ É oportuno registrar que fazem parte do conjunto de normativas legais internacionais considerado pela Resolução CNJ nº 487/2023, a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984), promulgada pelo Decreto n. 40/1991, e seu Protocolo Facultativo (2002), promulgado pelo Decreto n. 6.085/2007. A adesão do Brasil a esta Convenção e ao seu Protocolo deve implicar proatividade em prevenir e combater a produção de sofrimento decorrente de segregação em instituições de privação de liberdade para tratamento de saúde mental, sejam elas públicas ou privadas. Disto decorre a importância em estruturar os Sistemas Nacional e Estaduais de Prevenção e Combate à Tortura, que englobam os Comitês e Mecanismos de Prevenção e Combate à Tortura (Brasil, 2023, p. 33).

necessárias para tornar efetivos os direitos internacionalmente consagrados nos documentos internacionais aos quais o Brasil se vinculou (Brasil, 2023).

Com isso, a promoção de orientações, legislações e ações no âmbito da saúde mental precisou, no Brasil, se dar em sintonia com as referências internacionais, sobretudo em observância aos tratados internacionais de Direitos Humanos e o uso da jurisprudência da Corte IDH (Brasil, 2023). No contexto da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, faz-se importante destacar, o compromisso do Estado brasileiro em assegurar o pleno exercício dos direitos e liberdades das pessoas com transtorno mental.

Desta maneira, compreendendo que a deficiência, por si só, não pode ser motivo para privação de liberdade, uma vez que é uma condição de vida e não do delito, não se aceita, dentro dos mesmos parâmetros normativos, a submissão dessa população a internações forçadas em razão da prática de crimes. Exige-se, portanto, esforços para adotar as medidas necessárias para combater a privação de liberdade baseada na existência de deficiência, bem como para eliminar obstáculos ao pleno exercício dos direitos, promovendo a integração social das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei (Brasil, 2023).

Como vimos, as diretrizes preconizadas pela Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), foram sendo incorporadas através da consolidação de Resoluções, Portarias, Recomendações e Políticas. Nesse sentido, há uma profusão de normas provenientes de diferentes fontes e posições, que constituem o arcabouço que vai delinear a formatação de estratégias e iniciativas de atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Alguns estados brasileiros, por exemplo, estruturaram ações ou programas locais que buscam introduzir esses parâmetros, mesmo alguns desses territórios não possuindo instituições como os chamados HCTPs, já denominados nesta pesquisa como Manicômios Judiciários (Brasil, 2023).

Mesmo em face de amplos desafios, é imprescindível destacar que experiências reconhecidamente exitosas emergiram no cenário brasileiro. Como é o caso do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), no estado de Minas Gerais; Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), em Goiás; Programa de Atenção Integral a Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei no Estado do Maranhão (PAIMA); Programa de Cuidado Integral ao Paciente Psiquiátrico (PCIPP) no Piauí; Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

do Estado do Pará (Piraí); e Programa de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado da Paraíba (PROA-PB) (Brasil, 2023).

Os programas acima citados ofereceram relevante contribuição para o processo de estruturação das ações nacionais na perspectiva do fechamento dos Manicômios Judiciários, na medida em que, de acordo com Santos (2014), demonstraram a viabilidade de um acompanhamento em saúde mental das pessoas ao longo do processo criminal, oferecendo atenção integral e intersetorial na rede pública de saúde, pautando-se nos princípios da Reforma Psiquiátrica e antimanicomial.

Considero essencial destacar que, mesmo com a existência dessas diversas experiências de referência, em outros estados do país, lançando luz no que concerne ao direcionamento das medidas terapêuticas e o cuidado em saúde mental às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, o Estado do Ceará se manteve omissa à esta pauta por longos anos.

Veja, mesmo em face da Lei da Reforma Psiquiátrica, no ano de 2001, e muito embora tenha assistido a implantação programas de sucesso como o PAILI, no Estado de Goiás, no ano de 2006, o Ceará manteve a estrutura do seu manicômio até o ano de 2024. Embora o idealizador dessa notável experiência goiana tenha vindo ao Ceará, a convite de instituições vinculadas à estrutura do governo no estado, em três ocasiões, que se deram nos anos de 2010, 2017 e 2020 respectivamente, para pautar essa temática, ainda assim o Ceará manteve-se distante da tomada de decisão por uma efetiva política de saúde mental, afinada com o direcionamento da Lei nº 10.216/2001 (Mascarenhas, 2021).

Ou seja, no Ceará, pessoas com transtornos mentais permaneceram sendo encarceradas em um Manicômio Judiciário, revelando que o Estado preservou uma situação de ilegalidade por anos. E, mais do que isso, mostrou estar em profundo atraso, se comparado com outros estados brasileiros, que optaram por substituir a máquina ilegal do Manicômio Judiciário por uma política de atenção integral, coerente com a Lei Antimanicomial (Mascarenhas, 2021).

Considerando a trajetória sobre a qual discorreremos nesta seção, que resvalou na reorientação no modelo de execução da medida de segurança, no redirecionamento para que as ações de saúde no âmbito do sistema prisional se desenvolvessem à luz das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e adequando-se ao

modelo biopsicossocial da deficiência, a publicação da Resolução CNJ nº 487/2023 vem cumprir papel fundamental na regulamentação e detalhamento das diretrizes para o alinhamento da atuação sobre as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Esta Resolução dá continuidade a um conjunto de medidas para a incorporação de parâmetros internacionais de direitos humanos e do direito à saúde, cujo enfrentamento à esta temática tão complexa e contaminada de estigmatização configura-se como uma das respostas apresentadas no contexto do monitoramento do cumprimento da sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos no Caso *Ximenes Lopes vs. Brasil* (Brasil, 2023).

Em decorrência dessa condenação, o CNJ atuou no seu monitoramento e, ao mesmo tempo, visando garantir o seu cumprimento, propôs e executou medidas que coibissem a sua repetição. A partir disso, criou-se o Grupo de Trabalho Interinstitucional, instituído por meio da Portaria CNJ nº 142, de 18 de maio de 2021, que fomentou a junção de diversos atores com conceituado entendimento sobre o tema, tais como o Conselho Nacional do Ministério Público, de Tribunais, Ministérios Públicos e Defensorias estaduais; do Observatório Nacional de Saúde Mental, Justiça e Direitos Humanos da Universidade Federal Fluminense; do Escritório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS); do então intitulado Ministério da Família, Mulher e Direitos Humanos e do Ministério da Saúde (Brasil, 2023).

Com o objetivo de realizar estudos e traçar medidas voltados à superação das dificuldades relativas à promoção da saúde mental, o referido GT apresentou propostas de ações formativas (Cursos de Atualização, Aperfeiçoamento e Especialização), bem como ações articuladoras em nível nacional e internacional e a realização de Seminário Internacional de Saúde Mental a fim de mobilizar atores para qualificação de uma Política Antimanicomial no Brasil⁴⁵. Um dos resultados da ampla e longa (aproximadamente dois anos) discussão promovida pelo citado Grupo de Trabalho foi a minuta da Resolução CNJ n. 487/2023 (Brasil, 2024).

⁴⁵ A UMF Corte IDH/CNJ, em parceria com o Programa Fazendo Justiça, publicou o Relatório do Grupo de Trabalho do Caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, que trata da incorporação dos Parâmetros Internacionais de Direitos Humanos sobre Saúde Mental no Poder Judiciário. O material pode ser acessado por meio do link a seguir: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/07/relatorio-final-gt-ximenes-lopes.pdf>.

Muito embora a Lei federal nº 10.216/2001 tenha se tornado uma norma fundamental para a garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental no Brasil, esta normativa é evocada à Política Antimanicomial do Poder Judiciário, com o objetivo de qualificar o tratamento destinado a pessoas com transtorno mental que ainda se encontram segregadas em Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs), haja vista que sobre este público não se observou impacto estrutural por aquela legislação, mesmo em face de décadas da sua publicação (Brasil, 2023).

Em síntese, fica evidente que pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei não podem receber tratamento diferente ou inferior àquelas com as mesmas condições de saúde que não em conflito com a lei, tampouco, podem receber pena, em se tratando de pessoas consideradas inimputáveis (Brasil, 2024).

O engendramento dessas ações também se dá no sentido de enfrentar práticas de tortura e maus tratos nas instituições com características asilares, para que não se reeditem casos como o de Damião Ximenes Lopes, sobretudo considerando a dupla estigmatização (loucura/deficiência e crime) e as violações de direitos as quais ainda estão submetidas as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei (Brasil, 2024).

Dentro desta perspectiva, em 2011, a Comissão responsável pela elaboração do Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001, do Ministério Público Federal (MPF) / Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), asseverou que o atual sistema de execução da medida de segurança no Brasil configura uma das maiores violações aos direitos humanos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei (Brasil, 2011).

O desafio de oferecer respostas institucionais adequadas aos casos de pessoas com transtornos mentais ou qualquer tipo de deficiência psicossocial em conflito com a lei, ganhou impulso com o avanço histórico representado pela aprovação e publicação da Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) (Brasil, 2023).

A Resolução CNJ nº 487/2023 estabelece, entre seus princípios, o respeito à diversidade e a proibição de todas as formas de discriminação e estigmatização, e designa atenção especial a aspectos interseccionais que agravam

e impactam populações específicas no contexto da privação de liberdade. Destacam-se, entre essas populações, a população negra, LGBTQIA+, mulheres, mães, pais ou cuidadores/as de crianças e adolescentes, pessoas idosas, migrantes, população em situação de rua, povos indígenas e outras populações tradicionais, além das pessoas com deficiência, conforme expresso em seu art. 3º (Brasil, 2023).

A Política Antimanicomial do Poder Judiciário foi estabelecida, conforme menciona seu artigo 1º, por meio de procedimentos destinados ao tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, rés ou privadas de liberdade, cumprindo pena ou medida de segurança, em prisão domiciliar, alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto (Brasil, 2023).

Em consonância com a Lei nº 10.216/2001, que estabelece a vedação de internação das pessoas com transtornos mentais em instituições com características asilares, a Política Antimanicomial do Poder Judiciário reconhece os Manicômios Judiciários / HCTPs como instituições que caracterizam-se pela natureza asilar e que não garantem os direitos preconizados pela Reforma Psiquiátrica. Por isso, a Política dá como diretriz o encaminhamento das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei para o cuidado dentro sistema de saúde, inferindo-se que a avaliação multiprofissional, a singularização de cada caso, considerando o interesse exclusivo de benefício à saúde da pessoa, e o cuidado em ambiente terapêutico deve ser o cenário privilegiado (Brasil, 2023).

Nesse sentido, o presente estudo pode inferir que a Resolução CNJ nº 487/2023 faz a repescagem de um elenco de normativas com o objetivo de orientar as condutas judiciais, não configurando, portanto, novas proposições no campo, mas tensionando a qualificação da execução de procedimentos baseados em diretrizes que vêm sendo pautadas há décadas nas normas vigentes, já explanadas na presente pesquisa.

Os princípios e diretrizes, enquanto conjunto de direcionamentos políticos e administrativos que emolduram a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, encontram-se alinhados com àqueles já amplamente difundidos pela Reforma Psiquiátrica, sobretudo no que se refere ao olhar biopsicossocial sobre a pessoa com transtorno mental e acerca da perspectiva da desinstitucionalização. Tais diretrizes foram estabelecidas por esta política no objetivo central da adequação da atuação da justiça penal aos preceitos da Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2023).

A reorientação acerca do tratamento das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial no âmbito da jurisdição penal estão estabelecidos no art. 3º da Resolução CNJ nº 487/2023. De modo a melhor sistematizar a explanação acerca das diretrizes da política, podemos dizer que os princípios que a regem encontram-se agrupados em duas partes. Assim, temos: a) Garantias fundamentais e práticas proibidas; b) Direcionamentos para adequação aos paradigmas da Reforma Psiquiátrica e do modelo biopsicossocial da deficiência (Brasil, 2013).

A partir desse arcabouço, a Política Antimanicomial do Poder Judiciário objetiva incidir no enfrentamento às situações vulnerabilizantes à que as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei vem sendo submetidas há tantas décadas, tais como ao de silenciamento, segregação, invisibilidade, as sistemáticas violações dos seus direitos, excessiva e prolongada medicalização, impedimento de acesso a tratamento em saúde adequado, dentre outros. O confronto a tais aspectos, vislumbrando garantir à este público direitos há muito garantidos, se traduz na Resolução CNJ nº487/2023 por meio da “qualificação da atuação jurisdicional para a escuta em conformidade com as demandas em saúde trazidas por essa população, numa verdadeira instrução do processo judicial junto às redes de cuidado em saúde mental” (Brasil, 2023, p. 46).

Com esse entendimento, uma das concepções e metas mais importantes e inegociáveis (por isso mesmo, mais desafiadoras) da Política Antimanicomial do Poder Judiciário vem a tona: que as práticas institucionais tenham como premissa a adoção de medidas que assegurem o acesso ao tratamento em saúde às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, sendo a internação psiquiátrica uma medida de caráter excepcional, a ser indicada tão somente por razões clínicas, quando fizer parte do Plano Terapêutico Singular (PTS) da pessoa, pelo tempo estritamente necessário para a estabilização da desorganização de seu quadro, e somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (Brasil, 2023).

Ou seja, as ações que se operacionalizem no sentido de viabilizar a implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário não devem, absolutamente, reverberar em novas institucionalizações de pacientes em espaços asilares, como é o caso dos Hospitais Psiquiátricos e das Comunidades Terapêuticas (CTs). Pelo perfil de tais estabelecimentos, eles também representam formas de manter a privação da liberdade, ao invés de garantir o pleno acesso ao cuidado em

saúde (Brasil, 2023). No tocante a tais estabelecimentos, é válido apresentar alguns comentários.

Os Hospitais Psiquiátricos, por exemplo, são estabelecimentos que, de acordo com o que preconiza a Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), já deveriam estar extintos, uma vez que a referida legislação determinou o progressivo fechamento desta tipologia de unidade hospitalar há mais de duas décadas (Brasil, 2001).

Já no que concerne às Comunidades Terapêuticas (CTs), conceitualmente estas caracterizam-se como entidades que oferecem tratamento, de modo voluntário, à pessoas que enfrentam problemas decorrentes dos efeitos nocivos do vício em álcool e outras drogas e serviriam para ajudar as pessoas a reconstruir suas vidas. Embora responsáveis pelo tratamento de um amplo contingente de pessoas com transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias no Brasil, são pouco abordadas em estudos científicos. Dependendo do processo terapêutico adotado, essas instituições podem funcionar como dispositivos adequados ao tratamento ou, em alguns casos, se tornar iatrogênicas, agravando a condição de dependência química (Damas, 2013).

De acordo com reportagem publicada pela Revista Carta Capital, em em 30.06.2016, cujo título é “Comunidades terapêuticas: a violência no lugar da cura”, na prática, há muitas denúncias de que as comunidades terapêuticas funcionam como manicômios disfarçados. A reportagem traz à tona graves violações de direitos humanos nas CTs, que vão desde trabalho forçado e participação compulsória em cultos religiosos a, medicalização excessiva, homofobia, transfobia e estupros, havendo também relatos de mortes.

Esse cenário fica ainda mais nítido a partir do exposto pelo Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, realizado no ano de 2017 e publicado em 2018. Neste relatório elencam-se aspectos que denunciam a complexidade de violações de direitos identificadas. Quais sejam: Muros, trancas e restrições no acesso a meios de comunicação; Privação de liberdade; Castigos, punições e indícios de tortura; Violação à liberdade religiosa e à diversidade sexual; Trabalhos forçados e sem remuneração; Fragilidades nas equipes de trabalho; Internação de adolescentes e Financiamento público (Conselho Federal de Psicologia, 2018).

Em síntese, compreendo que é fundamental correlacionar a discussão acerca da Política Antimanicomial com o cenário exposto acima, referente às Comunidades Terapêuticas, tendo em vista o risco eminente de que o intento manicomial insista em se reeditar, dessa vez em novos espaços, onde possa encontrar solo fértil para que as sementes de suas práticas danosas venham brotar.

Diante do exposto e retomando, assim, nossa exposição detidamente acerca da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, é pertinente mencionar que o banimento da prática de tortura, maus tratos, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, ganha especial atenção a partir das determinações apresentadas nesta política. Desse modo, a garantia dos direitos humanos figura como a finalidade primordial, inclusive ressaltando atenção aos aspectos que acrescem vulnerabilidades à população privada de liberdade (Brasil, 2013).

Assim, a implementação da política em estudo exige a consideração de marcadores sociais que afetam simultaneamente essas pessoas, devido à presença de múltiplas desigualdades e diferenças, além da integração com outras políticas sociais. Tratam-se de aspectos raciais, étnicos, geracionais, culturais, marcadores da identidade de gênero e características quanto à escolaridade, naturalidade e nacionalidade, que ampliam e ampliam a vulnerabilização das pessoas quando internacionalizadas a privação de liberdade. Esses fatores convergem, manifestam-se em constante interação e conexão, e influenciam especialmente a produção de subjetividade, uma vez que também são resultado das relações sociais estabelecidas (Brasil, 2023).

De modo a favorecer esses múltiplos olhares para a implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, a Resolução CNJ nº 487/2023 demandou a criação de uma instância de diálogos, pactuações e construção coletiva, o Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA). O objetivo principal do CEIMPA é sugerir medidas estaduais para a desinstitucionalização e promover a atenção integral às pessoas com transtornos mentais ou deficiências psicossociais que estejam em conflito com a lei, sempre em consonância com a Política Antimanicomial do Poder Judiciário (Brasil, 2023).

O mencionado Comitê tem como atribuição primordial dar cumprimento à Resolução CNJ nº 487/2023 e garantir a efetividade à Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Isso deve se dar ao passo que o CEIMPA fomenta, propõe e

acompanha as ações articuladas e os fluxos interinstitucionais de trabalho visando a desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, por exemplo (Brasil, 2023).

No Estado do Ceará, o Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA), foi instituído no âmbito do Poder Judiciário do Estado do Ceará, em 21 de setembro de 2023⁴⁶, através da Presidência do Tribunal de Justiça do Ceará (TJCE), mediante a Portaria nº 2.192/2023, atendendo ao disposto na Resolução CNJ nº 487/2023. Essa iniciativa marca e potencializa, exponencialmente, a implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário no Ceará.

Na realidade cearense, o CEIMPA ganhou uma importante composição, apresentando representações de instituições que, há muito, já vinham debatendo e construindo ações integradas no horizonte da desinstitucionalização dos pacientes do IPGSG, antes mesmo do nascedouro da Resolução CNJ nº 487/2023. Dentre essas relevantes representações, ressaltam-se: o Tribunal de Justiça do Estado do Ceará (TJCE), por meio do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e Execução de Medidas Socioeducativas (GMF); Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), por meio da Equipe EAP e da Área Técnica da Saúde Prisional; Secretaria da Administração Penitenciária e Ressocialização do Estado do Ceará (SAP), Ministério Público do Estado do Ceará (MPCE), Defensoria Pública do Estado do Ceará (DPCE); Secretaria dos Direitos Humanos do Estado do Ceará (SEDIH); Fórum Cearense da Luta Antimanicomial (FCLA); Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio de representante do Programa Fazendo Justiça e Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS Fortaleza).

Torna-se imprescindível mencionar, diante de tudo que foi exposto nesta seção, que a Política Antimanicomial do Poder Judiciário (embasada nos documentos legais apontados anteriormente) tencionou as instituições afins a empreenderem uma atuação no sentido da desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental recolhidas nas unidades do sistema prisional, rejeitando, assim, o internamento como medida terapêutica padrão, e promovendo a reorientação do

⁴⁶ Informação disponível no Portal do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará (TJCE), podendo ser acessado através do link: <<https://www.tjce.jus.br/noticias/judiciario-cearense-institui-comite-estadual-interinstitucional-de-monitoramento-da-politica-antimanicomial/>>. Acesso pelo autor em 13 jan. 2025.

modelo assistencial de saúde mental para serviços substitutivos em meio aberto, conforme preconiza a Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2023).

De acordo com a compreensão que trago, esse cenário se constitui como um itinerário em construção no horizonte da consolidação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, de modo a efetivar-se como uma diretriz de abrangência nacional, voltada para a atenção integral às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, sendo impetradas pelo Sistema de Justiça, incluindo os sistemas Criminal, Penal e Socioeducativo (Brasil, 2023).

A Resolução CNJ nº 487/2023 determinou prazos para a implementação de medidas essenciais no processo gradual de fechamento dos Manicômios Judiciários, HCTPs e instituições similares. Inicialmente, tinha-se a data de 28/11/2023 (seis meses contados a partir da entrada em vigor da Resolução) para a interdição parcial, proibindo que todos os estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil realizassem novas internações em suas dependências. O prazo de interdição total ficou definido para 28/05/2024 (doze meses contados a partir da entrada em vigor da Resolução), para o fechamento de todos os estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil (Brasil, 2023).

A vedação parcial corresponde, portanto, ao fechamento da porta de entrada dessas instituições — HCTP e estabelecimentos congêneres —, devendo, na interdição total, as ações de desinstitucionalização terem alcançado toda a população que já fora custodiada nesses espaços, podendo, assim, ser viável o seu fechamento. Isto significa dizer que, em maio de 2024, deverá cada estado brasileiro ter elaborado o PTS de toda a população custodiada no HCTP e congênere, e procedido com a interdição total desse tipo de instituição (Brasil, 2023).

Entretanto, o Conselho Nacional de Justiça apresentou, posteriormente, prorrogação do prazo para a interdição total daqueles tipos de estabelecimentos, fixando a nova data-limite para o fechamento em 28 de agosto de 2024. Ainda na vigência do ano de 2024, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) fixou, em 29 de novembro de 2024, a data-limite para que tribunais apresentem pedidos de prorrogação de prazos relacionados à implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Por unanimidade, o Plenário do CNJ aprovou, alteração pontual da Resolução CNJ 487/2023, que institui a política. A extensão dos prazos possibilita aos estados que ainda não conseguiram efetivar plenamente a Política

Antimanicomial do Poder Judiciário o planejamento das ações necessárias à sua implementação (Conselho Nacional de Justiça, 2024)

No cenário cearense, o cumprimento do prazo para a interdição parcial do Instituto Psiquiátrico Governador Stenio Gomes - IPGSG, o Manicômio Judiciário do Ceará, se deu em 17 de agosto de 2023, ato publicado na Portaria nº 05/2023, no Diário Oficial da Justiça⁴⁷. O Estado do Ceará finalizou o processo de interdição total do Manicômio Judiciário em 20 de setembro de 2024, oficializado ao Conselho Nacional de Justiça por meio do Ofício nº 546/2024/GMF/TJCE⁴⁸, tendo essa medida sido publicada em 01 de outubro de 2024, medida que consta Portaria nº 01/2024⁴⁹, publicada no Diário da Justiça Eletrônico Administrativo (DJEA).

Olhando para este feito e analisando as informações disponíveis acerca do cenário nacional, destaco o Ceará como sendo o primeiro estado do país a efetivar a ação de desinstitucionalização de todos os pacientes recolhidos no Manicômio Judiciário, e seu consequente fechamento, dentro dos prazos estabelecidos pela Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Notoreamente, essa realização torna o Ceará um estado vanguardista na pauta em questão. Mais adiante, irei ilustrar melhor as nuances que levaram a este reconhecimento.

A transformação da realidade de privação de liberdade das pessoas com transtornos mentais ou deficiência psicossocial demanda esforços coordenados de todas as instâncias responsáveis pela garantia de seus direitos (Brasil, 2023). Nesse contexto, destaca-se quão importante é que os órgãos do poder executivo e judiciário estabeleçam fluxos e implementem ações concretas alinhadas à política antimanicomial, promovendo a adequação do modelo das medidas de segurança ao paradigma antimanicomial.

Um das estratégias essenciais à implementação da política pública em estudo (aqui tida como a basilar e mais importante desta) é a desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei institucionalizadas nos Manicômios Judiciais existentes em muitos territórios do país. Essa ação caminha ao lado da concretização do encerramento das atividades desses estabelecimentos

⁴⁷ Disponível em: <<https://esaj.tjce.jus.br/esaj/>>. Acesso em: 30 set. 2024.

⁴⁸ Informação que consta no Painel de Ações Estaduais para Implementação da Resolução CNJ nº 487/2023, fornecido pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio de página oficial na internet, sendo possível acessar em: <<https://dados-faju.shinyapps.io/painel-acoes-estaduais-res-cnj-487/>>. Acesso realizado em 13 de janeiro de 2025.

⁴⁹ Normativa disponível por meio de página na internet, podendo ser acessada em: <<https://djea-con.tjce.jus.br/materias/84367>>. O acesso do autor foi realizado em 13 de janeiro de 2025.

regidos por uma lógica controversa, conforme preconizado, há décadas, pela Lei da Reforma Psiquiátrica e tensionado, na contemporaneidade, pela Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

O fechamento dos Manicômios Judiciários e a desinstitucionalização das pessoas que lá encontram-se, representam, dentro desta perspectiva, o resgate da possibilidade de reinserção social daquelas pessoas, através do seu acolhimento no território das cidades, seja por meio da reintegração ao convívio familiar ou através da inserção em serviços constituídos no ideal da residencialidade terapêutica. Com isso, pode-se caminhar aproximando aquela pessoa de cenários de cidadania, oportunizando a reconstituição de sua autonomia e, obviamente, afirmando e garantindo os seus direitos.

É sob o prisma desta estratégia - a desinstitucionalização - que reforço, na sequência, a trilha avaliativa da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, conceitualizando, contextualizando, apresentando dados acerca do processo de desinstitucionalização no Manicômio Judiciário Cearense, o Instituto Psiquiátrico Governador Stenio Gomes (IPGSG), bem como abordando histórias de reconstrução das vidas de alguns pacientes, enquanto elemento crucial para ilustrar a implantação da política em estudo. Mas, antes, é indispensável que possamos explorar acerca da mencionada instituição, o lócus das ações de desinstitucionalização.

4.2 O Instituto Psiquiátrico Governador Stenio Gomes (IPGSG)

Inaugurado no dia 12 de setembro de 1969, ao nome de Manicômio Judiciário Governador Stenio Gomes, a unidade encontra-se localizada no km 17 da rodovia BR 116, mais precisamente no Complexo Penitenciário Itaitinga I, no município de Itaitinga, região metropolitana de Fortaleza/CE, distante aproximadamente 30 km da capital cearense (Mascarenhas, 2024).

Ainda na década de 1970 foi rebatizado como Instituto Psiquiátrico Governador Stenio Gomes (IPGSG). Até fins do ano de 2018, esta unidade encontrava-se, dentro da estrutura administrativa do Estado do Ceará, vinculada à Secretaria da Justiça e Cidadania (SEJUS). Após esse período, passa a ficar sob a gestão da Secretaria da Administração Penitenciária e Ressocialização do Estado do Ceará - SAP/CE (Mascarenhas, 2024).

Esta secretaria foi criada a partir da Lei nº 16.710, de 21 de dezembro de 2018, que dispõe sobre o modelo de gestão do Poder Executivo, altera a Estrutura da Administração Estadual⁵⁰, onde desmembra pastas que encontravam-se incorporadas na estrutura da extinta SEJUS, passando a denominá-la Secretaria de Administração Penitenciária (SAP), ficando a SAP exclusivamente responsável pela gerência do sistema prisional cearense (SAP/CE, 2024⁵¹).

Destaco, aqui, que esta alteração administrativa, é contraditoriamente simbólica. Visto que, o estabelecimento que abriga pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, que deve ofertar tratamento psiquiátrico e cuidado em saúde mental a estas pessoas, passa a ser gerido por uma estrutura voltada exclusivamente para a administração do sistema prisional.

Corroboro com Mascarenhas (2024), quando a autora afirma que essa mudança deixa nítido que o IPGSG, em suma, distancia-se de ser visto como um estabelecimento de tratamento psiquiátrico e passa a configurar-se como uma Unidade Prisional administrada pelo Governo do Estado do Ceará. Uma das ilustrações mais nítidas que traduzem este cenário é, ainda segundo a autora, que as pessoas institucionalizadas no IPGSG serão nomeadas de presos e não mais de pacientes.

Também denominado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrica (HCTP), de acordo com o arcabouço normativo do Sistema de Justiça, o IPGSG é compreendido e chamado pelo termo Manicômio Judiciário nesta pesquisa. Pelo menos dois motivos me levam a fazer tal escolha: o primeiro deles, trata-se de uma decisão ético-política em consonância com os ideais que balizam o presente estudo, comprometido com a trajetória histórica de resistência pela Reforma Psiquiátrica e

⁵⁰ A Secretaria da Administração Penitenciária (SAP) tem origem no art. nº 40 da Constituição Política do Estado do Ceará, de 16 de junho de 1891, como Secretaria da Justiça, sendo regulamentada em 24 de setembro de 1891. Em 1926, passou a denominar-se Secretaria dos Negócios do Interior e Justiça, e, em seguida, por meio da Lei nº 6.085, de 08 de novembro de 1962, passou a denominar-se Secretaria de Justiça. A reforma administrativa, realizada por meio da Lei nº 11.809, de 22 de maio de 1991, que dispôs sobre a estrutura da Administração Pública Estadual, manteve a personalidade anterior de Secretaria da Justiça. De acordo com a Lei nº 13.297, de 07 de março de 2003, que dispôs sobre o modelo de gestão do Poder Executivo e alterou a Estrutura da Administração Estadual, passou a denominar-se Secretaria da Justiça e Cidadania. E, a Lei nº 16.710, de 21 de dezembro de 2018, que dispõe sobre o modelo de gestão do Poder Executivo, altera a Estrutura da Administração Estadual, denominou Secretaria de Administração Penitenciária (SAP). Atualmente, a Secretaria possui a Estrutura Organizacional e os Cargos de Provimento em Comissão, regidos pelo Decreto nº 32.975, de 19 de fevereiro de 2019 (Portal institucional da Secretaria da Administração Penitenciária e Ressocialização - SAP/CE).

⁵¹ Informação embasada pelo Portal institucional da Secretaria da Administração Penitenciária e Ressocialização - SAP/CE. Disponível em: <<https://www.sap.ce.gov.br/>>. Acesso em: 15 de dezembro de 2024.

da luta antimanicomial. O segundo, pautados por uma dimensão mais técnica, ao passo que o IPGSG não encontra-se inserido no rol de equipamentos da política pública de saúde e sim no escopo de gestão da administração penitenciária, entendo, conforme já expus, que esta instituição, na verdade, não se trata de um instituto psiquiátrico voltado à promoção de cuidados em saúde mental, mas sim configura-se como mais uma unidade do sistema prisional no Ceará.

Conforme relata Mascarenhas (2024, p. 12) em seu estudo voltado ao citado Manicômio Judiciário:

[...] o equipamento em questão não é mais um instituto psiquiátrico cearense, mas sim uma das unidades prisionais administradas pelo Governo do Estado do Ceará. Pela mesma razão, as pessoas custodiadas no Manicômio Judiciário Stenio Gomes serão nomeadas de presos e não de internos ou pacientes, para enfatizar a injustiça histórica de pessoas com sofrimento mental encaminhadas para tratamento serem encarceradas.

De forma concreta, tem-se um cenário onde no Manicômio Judiciário, estando vinculado à SAP/CE (voltada exclusivamente para a administração do sistema prisional), nele passasse a vigorar estruturas, procedimentos e regras comuns às demais unidades do sistema prisional.

Acerca da estrutura da instituição, com base nos registros da consistente pesquisa de Mascarenhas (2024), o Manicômio Judiciário dispunha, logo na entrada, de um amplo salão de recepção com acesso para sete salas administrativas. Haviam, ainda, as alas de permanência dos internos, estando elas divididas em Ala de Acolhimento e Alas Norte e Sul. No que se refere a Ala de Acolhimento, esta apresentava sete celas, cada uma com banheiro. De acordo com a fala oficial da gestão da unidade, a referida ala tratava-se de um espaço compreendido como de observação e/ou isolamento e que, na maior parte do tempo, encontrava-se desocupada. Segundo a direção da Unidade, naquele local costumava-se abrigar internos oriundos de outras unidades prisionais, que iam para o IPGSG aguardar a realização de perícia psiquiátrica ou com recomendação de passar por algum tratamento psiquiátrico temporário.

Por outro lado, tanto em virtude da observação in loco nas diversas visitas por mim realizadas na instituição, como referenciando os achados de Mascarenhas (2024) em sua pesquisa de campo para a constituição do seu estudo, verificou-se nitidamente, que aquele espaço nunca foi visto vazio ou com poucos pacientes. Percebeu-se, na verdade, que a ala recebia pacientes do próprio Manicômio

Judiciário, oriundos das Alas Norte e Sul, deslocados em virtude de questões disciplinares. Infere-se que a real função daquela ala era conter os pacientes quando ocorria alguma situação entendida como quebra de disciplina. Fato este que configura-se um contrassenso, haja vista que as regras caracterizadas como disciplina, eram definidas na rotina do dia-a-dia pelos próprios Policiais Penais, e que estes utilizavam o emprego da força para conduzir os pacientes à este espaço com configurações de isolamento. Como bem classificavam a esmagadora maioria dos pacientes, nas conversas que tivemos por ocasião das minhas visitas na unidade, aquele lugar “é a tranca”. O que configura-se, por si só, um caráter violador de direitos.

Outro aspecto registrado por Mascarenhas (2024) e também identificado por meio de minhas observações, é que a dita Ala de Acolhimento direcionava-se a receber, para contenção, internos em situação de crise. Esta mesma função, atribuída àquele espaço, também me foi apresentada, oralmente, pela gestão da unidade, numa das minhas primeiras visitas do Manicômio Judiciário, quando me foram apresentadas as suas instalações. Diante de tal apontamento, seria óbvio afirmar que, tendo em vista o compromisso ético-político que orienta este estudo, bem como o arcabouço teórico consistente aprofundado anteriormente, compreendo que, para além de um contrassenso, esse fato é anticientífico e degradante.

Diante desse cenário, há que se salientar, verificou-se que nas situações em que os pacientes apresentam crise, há profissionais da saúde, notadamente a equipe de enfermagem, que buscam atuar à luz da ciência e embasados em procedimentos coerentes para a devida intervenção. Entretanto, registro a preocupação acerca da contenção física, pois conforme explorado por Mascarenhas (2024) e identificado em minhas observações in loco, muitos pacientes, comumente, relataram que eram forçados e apanhavam.

Nas Alas Norte e Sul, ficavam o contingente geral dos pacientes. Em cada uma dessas alas, havia um pátio central, com 11 celas dispostas ao seu redor e quatro banheiros de uso coletivo. Em cada cela ficavam, em média, cinco internos. Estas celas permaneciam abertas durante todo o dia e a noite, de forma que permitia aos pacientes acesso entre as celas, ao pequeno pátio central e aos banheiros. Cada ala é separada de uma área externa, por meio de uma robusta grade com cadeado, que fica permanentemente fechada (Mascarenhas, 2024).

Teço aqui, uma crítica aos procedimentos adotados pela Secretaria da Administração Penitenciária, que caminhava na contramão do que se fazia necessário para que as pessoas, ali institucionalizadas, se configurassem mais como pacientes e menos como prisioneiros. Vejamos: até o ano de 2018, quando a instituição encontrava-se sob a gestão da Secretaria de Justiça e Cidadania (SEJUS), a grade citada no parágrafo acima permanecia aberta durante todo o dia, sendo fechada somente às 22 horas. A partir de 2019, quando a gestão do estabelecimento é entregue à Secretaria da Administração Penitenciária, se estabelece uma nova (e questionável) conduta, onde determinou-se que a grade permanecesse, a princípio, aberta somente até as 18 horas sendo, posteriormente, definido que ela se mantivesse fechada durante todo o dia e toda a noite, inviabilizando a possibilidade de socialização dos pacientes entre as alas e seu deslocamento para a área externa de convivência comum. Acrescenta-se, ainda, o fato de que os deslocamentos dos pacientes para os atendimentos clínicos, sociais ou jurídicos - dentro da própria unidade - eram realizados com o interno algemado (Mascarenhas, 2024).

Um cenário de encarceramento 24 horas passou a se notabilizar. Cebendo-me questionar quais as motivações para isso. Essa indagação chegou a ser feita em diversas ocasiões, tanto para a gestão da unidade como para assessores técnicos representantes da SAP. As respostas, quase sempre, giravam em torno da mesma ideia: padronização do procedimento de segurança. Bom, parece-me óbvio afirmar que, para as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, no bojo de suas singularidades, faz-se muito mais necessárias práticas de cuidados em saúde e de oportunidades de reintegração ao convívio social, do que procedimentos de segurança. Infiro que, aquele já debatido conceito de periculosidade, atribuído às pessoas com transtornos mentais, permanecia atravessando as concepções e as rotinas naquele estabelecimento.

Entre as duas alas citadas, havia uma grande área externa, composta por uma parte coberta, configurada como refeitório, e um campo de futebol, destinado, em alguns momentos, para a prática desse esporte e outras atividades físicas. Cabe, aqui, uma relevante ponderação, sob o prisma de minhas observações e da obra de Mascarenhas (2024). Muito embora houvesse um local caracterizado como refeitório, as marmitas eram entregues aos pacientes por entre as grades do portão de acesso às alas e sua alimentação era feita nesse espaço, restringidos às suas próprias celas

e ao pequeno pátio interno. Do mesmo modo, o campo de futebol, na prática, era raramente utilizado. É evidente, portanto, a restrição existente a cenários de sociabilidade e convivência entre os pacientes, seja pela privação dos momentos de refeições coletivas ou pela significativa escassez de atividades de cunho esportivo e de lazer. As limitações descritas encontram justificativa em um único ponto: a já citada decisão da administração penitenciária pelo fechamento integral das alas, em atendimento aos ditos procedimentos de segurança.

Ao redor do campo, haviam algumas salas de atendimento de categorias profissionais específicas como, por exemplo, a sala de atividades da Terapia Ocupacional, Fisioterapia/Educação Física e o Consultório Odontológico. Havia ali, também, uma lavanderia, uma sala de aula e uma ampla sala, por vezes, utilizada como auditório. Compondo esse conjunto, dentro da parte coberta, bem próximo ao refeitório, localizava-se a enfermaria. Ela era composta por uma recepção, uma sala administrativa com prontuários médicos, uma sala de repouso e a sala de atendimento com quatro leitos (Mascarenhas, 2024)..

No que se refere ao procedimento de segurança, verifica-se que a unidade dispunha, no ano de 2020, de 84 policiais penais, que atuavam divididos em quatro equipes, cada uma composta por 16 profissionais e mais um chefe de equipe. Esta organização ficava sob a coordenação da chefia de Segurança e Disciplina. Esse grupo de profissionais desempenhava o papel de vigilância 24 horas, através da checagem de celas, acompanhamento dos procedimentos de dispensação de medicação, monitoramento dos pacientes nos raros períodos em que estes permaneciam no pátio, deslocamento dos internos para setores de atendimento dentro do próprio IPGSG, acompanhar os pacientes em todos os atendimentos que fossem realizados fora do Manicômio Judiciário, supervisionar a distribuição das refeições, acompanhar e revistar visitantes, sejam eles familiares, profissionais externos, pesquisadores, imprensa, dentre outros (Mascarenhas, 2024).

Algo alarmante é verificado sobre esta realidade. Não havia treinamento específico para o trabalho no IPGSG. Os Policiais Penais designados para atuarem naquela unidade, eram escolhidos pela Secretaria da Administração Penitenciária, sem que fossem considerados critérios que levassem em conta formação, técnica ou experiência na área da saúde mental. Na interação com o cotidiano do Manicômio Judiciário, outros elementos preocupantes sobre esse cenário se revelaram. Do mesmo modo que foi constatado por Mascarenhas (2024),

também pude identificar, e ouvir relatos da própria direção, do chefe de segurança e de outros profissionais, que os policiais penais direcionados para trabalhar no IPGSG, geralmente, são os que estão cansados ou adoecidos. Ressaltou-se, ainda, que há uma grande procura desses policiais por uma oportunidade de transferência para aquele estabelecimento, por se vislumbrar que lá eles poderiam ter uma rotina de menos trabalho e correr menos riscos.

Muito embora exista, na atualidade, algumas discussões sobre o processo de adoecimento dos profissionais das forças de segurança que precisam ser encaradas com seriedade, também é preciso ter muita clareza de que o cansaço e adoecimento desses profissionais não pode ser resolvido colocando em cheque a capacidade técnica e operativa dos processos de trabalho IPGSG, no que concerne a atenção e cuidado dos pacientes que lá se encontram. Isso, porque, como um policial penal sem treinamento adequado, cansado e adoecido, irá atuar diante daquele perfil de pacientes? Como esse profissional conseguiria distinguir entre uma atitude de desacato e um quadro de desorientação psíquica do interno?

Ainda considerando os recursos humanos, além dos policiais penais, havia um grupo composto por outros profissionais desempenhando atividades de caráter multidisciplinar que, em tese, tinham como objetivo ofertar assistência aos pacientes, notadamente cuidados em saúde, com foco principal na saúde mental. Assim, existiam profissionais das áreas de enfermagem, psicologia, serviço social, farmácia, medicina clínica e psiquiátrica, fisioterapia, odontologia, educação física, terapia ocupacional e de apoio jurídico.

Decerto, há uma profunda ambiguidade neste cenário, que me leva a questionar, através de um olhar crítico, de que maneira tais cuidados em saúde mental poderiam, de forma efetiva, se desenvolver dentro de um espaço de privação de liberdade e enclausuramento, constituído a partir de concepções manicomiais, onde a atuação dos profissionais encontra-se confrontada por regras e procedimentos de segurança, a partir das determinações da administração penitenciária?

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo, preconiza que o cuidado de saúde no ambiente prisional deve ser feito de forma integral, com o objetivo de garantir os direitos das pessoas privadas de liberdade, através da atuação das equipes de saúde de forma

interdisciplinar, e em parceria com os setores governamentais e não governamentais (Brasil, 2014).

Há que se registrar que, mesmo em face de tamanhos absurdos, foi possível encontrar excelentes profissionais compondo a equipe que atuava no IPGSG. Pude ver psicólogas realizando um trabalho repleto de zelo, afeto e competência. Realidade, esta, que traduziu-se pelas inúmeras manifestações de pacientes que pude presenciar, deixando nítido o estabelecimento de vínculos potentes entre estes e aquelas profissionais. Testemunhei enfermeiras que, não limitaram-se em exercer apenas as atribuições técnicas específicas de sua categoria, mas iam além, acolhendo aqueles pacientes sempre com o compromisso do cuidado, conhecendo suas histórias de vida e preocupadas em ressaltar as singularidades de cada um.

Contemplei, ainda, uma médica psiquiatra e um médico clínico que se importavam, por meio de seus atendimentos, em ofertar a terapêutica que melhor pudesse potencializar o bem estar dos internos, tendo me sinalizado por muitas vezes, o quanto angustiavam-se por aqueles pacientes ainda estarem alí. Tive algum contato com uma profissional da terapia ocupacional que, no curto período de tempo em que atuou na unidade, de maneira sensível, desenvolveu um trabalho no horizonte de estimular a autonomia dos pacientes e a preservação de sua capacidade de autocuidado e manutenção das rotinas da vida diária.

Mesmo em face das constatações expostas acima, ressaltando-se a atuação admirável de alguns profissionais no IPGSG, é preciso mencionar duas percepções importantes: por um lado, identifiquei não ser esta postura sensível e comprometida uma unanimidade dentre os componentes da equipe multidisciplinar. Por outro lado, também foi possível perceber que, mesmo aqueles profissionais com uma atuação admirável, esbarravam em limitações impostas pela própria estrutura e lógica do Manicômio Judiciário, mas também por orientações e normas estabelecidas pela gestão da unidade e pela Secretaria da Administração Penitenciária.

Questiona-se, portanto, a possibilidade de promoção da saúde em um espaço enrijecido como o da privação de liberdade, bem como os caminhos para fomentar a assistência à saúde mental entre paredes, em uma instituição marcada por uma lógica essencialmente restritiva, haja vista que esta atenção pressupõe o cuidado em liberdade e de caráter territorial, vislumbrando a autonomia do sujeito

por primazia. Aliás, é imprescindível conhecer um pouco mais sobre o cenário dos pacientes institucionalizados naquele estabelecimento.

O Censo dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, realizado por Diniz (2013), alcançou o IPGSG. Neste estudo, alguns dados importantes são apontados sobre o perfil dos pacientes que encontravam-se institucionalizados neste local, naquele período. O primeiro destaque se faz ao fato de ser uma unidade que abriga apenas pessoas do sexo masculino. A população total da instituição era de 117 pessoas (Diniz, 2013).

A unidade enquadrava-se, assim, como a 13^a (décima terceira) em quantitativo populacional dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no país. Esse dado se expressa da seguinte maneira: o IPGSG agrupava 3% da população dos 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do país e 11% das pessoas internadas da Região Nordeste (Diniz, 2013).

A maior parte das pessoas institucionalizadas, 53% delas, tinha entre 20 e 39 anos de idade, dado este que demonstra se tratar de uma população com perfil etário bastante jovem. Esta também é a realidade encontrada nos outros Manicômios Judiciários do país onde, de acordo com Diniz (2013), a população encontrava-se nessa faixa etária (Diniz, 2013).

Em relação a pertença étnico-racial dos pacientes, um dado emblemático se ressalta: para 73% das pessoas não havia qualquer registro sobre essa informação. Com os poucos pacientes que tinham essa informação catalogada, registrou-se que pretos e pardos somavam 21% da população e brancos, 4%, reforçando o caráter racializador do sistema prisional brasileiro (Diniz, 2013).

No que tange a escolaridade da população do IPGSG, tinha-se um cenário onde 22% eram de analfabetos, 25% tinham o ensino fundamental incompleto, 3% tinham o ensino médio e um único indivíduo tinha o ensino superior (Diniz, 2013, p. 99). O que denota tratar-se de um público com escasso acesso ao ensino formal.

Acerca do cenário de inserção desses pacientes no mundo do trabalho, encontrou-se uma realidade onde a grande parte das pessoas internadas reconheceram profissões que exigem pouca ou nenhuma qualificação técnica e educacional. Tratavam-se de trabalhadores de serviços administrativos, vendedores do comércio, da área agropecuária, florestais e da pesca, que concentravam 26%.

Além disso, identificou-se no IPGSG que 27% das pessoas internadas não tinham profissão (Diniz, 2013).

No que se refere ao perfil jurídico das pessoas institucionalizadas no IPGSG, tínhamos pessoas em cumprimento de medida de segurança na modalidade de internação, outras que cumpriam medida de segurança de tratamento ambulatorial, haviam àqueles em situação de internação temporária, seja aguardando para realizar o Exame de Incidente de Insanidade Mental ou pacientes que já tinham o laudo da perícia e aguardavam decisão judicial para andamento processual. Somavam-se a estes, os que foram transferidos de outras Unidades Prisionais para realizar algum tratamento psiquiátrico (Diniz, 2013).

Aqui, com a colaboração de Mascarenhas (2024), faço um destaque para o fato de que, uma parcela significativa das pessoas em cumprimento de medida de segurança no IPGSG já não deveriam mais estar institucionalizadas neste local, 44%. Isso porque alguns já haviam tido resultado favorável na realização do Exame de Cessação de Periculosidade, outros já estavam com sentença de desinternação, haviam os que já encontravam-se com a medida de segurança extinta, bem como verificou-se existir até mesmo pessoas internadas sem qualquer processo judicial julgado. De acordo com a autora, a revelação desses dados lança luz sobre situações profundamente preocupantes acerca da realidade dos Manicômios Judiciários no país e, em especial análise, no Ceará.

Integrando, ainda, o elenco de aspectos preocupantes, têm-se um panorama acerca do tempo de institucionalização dos internos no estabelecimento em pauta. Vejamos, de acordo com Diniz (2013, p. 105), 33% das pessoas estavam cumprindo medida de segurança há três anos em média, 17% estavam institucionalizados por um período entre quatro e cinco anos e 4% tinham entre dezesseis e vinte anos de institucionalização. Contudo, há cenários ainda mais alarmantes do que os acima mencionados.

Permitam-me, aqui, pontuar um destaque crucial, acerca do caso de um paciente em específico, que já encontrava-se encarcerado naquela instituição há 43 anos, sem nunca haver sido julgado ou receber medida de segurança. Trata-se do emblemático paciente Juvenal Raimundo de Araújo⁵², que ingressou naquele

⁵² Juvenal foi o homem que mais tempo ficou confinado em um manicômio judiciário no Brasil, abandonado à espera de uma decisão oficial sobre sua experiência, banido do convívio social e do reconhecimento de direitos. Se a Justiça considera 30 anos como pena máxima para prisão, o que aconteceu ali durante todo esse tempo? A autora buscou responder a essa pergunta ao analisar o

Manicômio no ano de 1970, aos 19 anos de idade, e só saiu daquela instituição no ano de 2013, aos 62 anos, em uma cadeira de rodas (Mascarenhas, 2024).

O caso do cearense que ficou internado por quase cinquenta anos, sem sequer ter sido julgado, foi estudado a fundo por Luciana Brito (2018)⁵³ que, em uma obra chamada “Arquivo de um Sequestro Jurídico-Psiquiátrico: o caso Juvenal”, tece críticas afirmando que a trajetória psiquiátrico-penal de Juvenal revela as engrenagens biopolíticas de produção das vidas invisíveis, precarizadas, invisíveis⁵⁴, bem como ressaltando o fato de o Sr. Juvenal ter sido o homem que mais tempo ficou confinado em um manicômio judiciário no Brasil, abandonado à espera de uma decisão oficial sobre sua experiência, banido do convívio social e do reconhecimento de direitos (Brito, 2018).

Feito este relevante destaque, outro aspecto importante a ser mencionado, compondo o panorama do perfil dos pacientes institucionalizados no Manicômio Judiciário Cearense, diz respeito aos diagnósticos identificados nos prontuários e demais documentos médicos e judiciais. A pesquisa de Diniz (2013) revela a existência de uma prevalência de diagnósticos de esquizofrenia na população institucionalizada no IPGSG, seguido por outros quadros como epilepsia, transtornos mentais devidos ao uso de álcool e outras drogas, retardo mental e transtornos de personalidade.

Em relação às infrações penais, têm-se uma concentração de homicídios, seguida de crimes contra o patrimônio e tentativas de homicídio. Das

dossiê de Juvenal, sob a guarda do manicômio judiciário. Ela se debruçou sobre o arquivo para realizar uma análise das práticas discursivas de saber e poder sobre Juvenal. Seu estudo revela o funcionamento da máquina de abandono que confiscou a existência de Juvenal (Brito, 2018).

⁵³ Luciana Brito é psicóloga, doutora em ciências da saúde, bioética e direitos humanos; pesquisadora da Anis - Instituto de Bioética. Realizou estudo aprofundado sobre o caso em comento em sua tese de doutorado, que deu origem ao livro “Arquivo de um Sequestro Jurídico-Psiquiátrico: o caso Juvenal”, lançado no ano de 2018. A autora buscou responder a essa pergunta ao analisar o dossiê de Juvenal, sob a guarda do manicômio judiciário. Ela se debruçou sobre o arquivo dossiê da internação deste paciente para realizar uma análise das práticas discursivas de saber e poder sobre Juvenal. Seu estudo revela o funcionamento da máquina de abandono que confiscou a existência de Juvenal. A trajetória kafkiana de um homem que passou a vida inteira preso sem ter sido formalmente julgado pelo seu ato, parece remeter a um acidente de percurso ou à negligência pontual de um sistema com problemas (Brito, 2018).

⁵⁴ Embora esse cenário expresse a partir do caso do Sr. Juvenal possa causar algum espanto, esta é uma realidade que não é rara. Isso porque 42% das pessoas privadas de liberdade no Sistema Penitenciário Brasileiro são presos provisórios, ou seja, estão reclusos sem haver comprovação de responsabilidade penal. Além disso, pelo menos um quarto das pessoas que estão institucionalizadas em manicômios judiciais já deveriam ter sido desinternadas, além de não haver fundamentação jurídica para a manutenção de outro um terço, em decorrência do atraso na elaboração dos laudos psiquiátricos (Brito, 2018).

pessoas em cumprimento de medida de segurança, 46% cometeram infrações penais de caráter intrafamiliar, ou seja, dentro de sua rede familiar ou doméstica, tendo sido o ilícito mais comum o homicídio. Os homicídios praticados contra membros da família foram cometidos, em sua maioria, em desfavor de pai, mãe, irmão, cônjuge e cunhado (Diniz, 2013, p. 100).

Sem dúvidas, as informações levantadas por Diniz (2013), juntamente com as colaborações de Mascarenhas (2024), me permitem constituir um retrato que nos aproxima do desenho estrutural do Manicômio Judiciário cearense e de alguns elementos que constituem o perfil dos pacientes institucionalizados neste local. São cenários e perfis que impactam e desafiam, ao chegarmos no ano de 2024 e verificar que, aquela estrutura e realidade institucional ainda se mantinham de pé, no auge de seus 55 anos de existência. Ou seja, é mais de meio século produzindo e reproduzindo violações de direitos, que, sobremaneira, atravessam a formatação e desdobramentos das estratégias de desinstitucionalização destes. Enveredar, agora, por esse caminho é o convite que te faço.

5 ESPERANÇAR E CONSTRUIR O CAMINHO DE VOLTA: A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS PACIENTES DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO NO CEARÁ

No dicionário, esperança caracteriza-se como o sentimento de quem vê como possível a realização daquilo que deseja; confiança em alguma coisa boa; expectativa, espera e aguardo (Ferreira, 2010). Embora este seja um sentimento válido e importante, para pautar o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, recolhidas no Manicômio Judiciário, a esperança simplesmente pela transformação desta realidade não é o suficiente. É preciso esperar!

Esperançar é um conceito edificado por Paulo Freire, que foi (e segue sendo) um dos maiores educadores do Brasil e do mundo, conhecido por sua contribuição revolucionária à educação popular, crítica e libertadora. Ele acreditava que a educação deveria ser um instrumento potente da construção de uma nova realidade para a sociedade. Seus pensamentos e suas obras sempre ressaltaram ideais nobres, tais como a consciência, transformação social e emancipação humana, especialmente entre os oprimidos.

Este termo, propagado pelo pensamento de Freire, remete à esperança ativa, crítica, ligada à ação transformadora, e não à passividade. O termo esperar não existia formalmente no português, mas Freire o criou como um verbo necessário para expressar o compromisso ético-político de transformação da realidade.

Para Freire, “é preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperar é ir atrás, esperar é construir, esperar é não desistir” (Freire, 1992. p. 110-111).

Mas, qual a relação disso com a discussão em pauta neste estudo? Tudo! Ora, para trilhar os caminhos da operacionalização das efetivas estratégias de desinstitucionalização dos pacientes do Manicômio Judiciário cearense, na perspectiva da transformação social de suas realidade e da emancipação humana de suas vidas, fez-se necessário levantar, ir atrás, construir e não desistir.

Nesta seção, irei ilustrar sobre esse ato contínuo de esperar, abordando sobre a gama de caminhos percorridos, ações desenvolvidas, feitos alcançados e histórias de vida impactadas no processo de construir uma ponte de

levasse as pessoas institucionalizadas no IPGSG para cenários de resgate da sua autonomia, dignidade, cuidado em liberdade e de convívio com a sociedade. Mas, primeiramente, é preciso definir: afinal, o que é desinstitucionalização?

5.1 Afinal, o que é desinstitucionalização?

A construção de uma sociedade justa, livre e solidária, como expressa nossa Constituição Federal, demanda que compreendamos a garantia de direitos de forma concreta, especialmente em um país marcado por profundas desigualdades. Caracterizados por disfunções sistêmicas, os ambientes de privação de liberdade acolhem sujeitos de direito que, em algum momento, retornarão ao convívio social. Cabe às políticas públicas vigentes no país garantir um retorno responsável, assegurando-lhes aproximação aos cenários de cidadania e oportunidades (Brasil, 2023).

Embora já tenha sido mencionado outras vezes ao decorrer desta pesquisa, considero importante, neste ponto, abrir espaço para um breve debate sobre o conceito de cidadania. Na escrita do presente texto, tenho o cuidado de evitar falar em ‘resgate da cidadania’, refutando a ideia de que a cidadania era algo plenamente vivenciado pelos pacientes institucionalizados no IPGSG, antes de sua entrada neste estabelecimento e que, após saírem desta instituição, retomarão esse pleno lugar na sociedade. Opto por essa posição, ao passo em que questiono: de fato, as pessoas recolhidas no Manicômio Judiciário já vivenciaram a cidadania em algum momento de suas vidas? Aliás, expando essa indagação: nós, povo brasileiro, vivenciamos a cidadania?

Os posicionamentos e questionamentos apontados acima, traduzem a minha convergência com as ideias apresentadas pelo notável sociólogo e cientista político José Murilo de Carvalho. A partir de uma perspectiva histórica e crítica, Carvalho (2002) aborda sobre o processo histórico de construção da cidadania no Brasil, apontando que esta se formou de maneira atípica, desigual e incompleta, frente aos modelos europeus, sobretudo aquele difundido por Marshall, que defende uma sequência histórica: direitos civis, seguido dos direitos políticos e, por fim, os direitos sociais.

Em sua clássica obra ‘Cidadania no Brasil: o longo caminho’, Carvalho (2002) aprofunda esse debate, indicando que, no Brasil, a cidadania não seguiu a

ordem clássica. Aqui, os direitos sociais vieram antes dos direitos civis e políticos, especialmente durante o Estado Novo (era Getúlio Vargas), o que produziu uma configuração de cidadania dependente do Estado e fragilmente participativa. É o que o autor chama de ‘estadania’. De acordo com esse entendimento, vivemos uma cidadania marcada por uma relação vertical com o Estado, onde o cidadão depende de favores e políticas estatais, sem participação ativa ou autonomia. Nitidamente, essa concepção estabelece diálogo com os conceitos de clientelismo e o assistencialismo, tão historicamente presentes na política brasileira.

Segundo o autor, a inexpressiva participação política é uma marca significativa desse processo, de modo que o brasileiro foi, historicamente, excluído da participação política efetiva. A ampliação do voto e da cidadania política veio tardiamente, desacompanhada da formação de uma cultura democrática participativa (Carvalho, 2002).

De extrema relevância para as ponderações que trago neste estudo, uma das principais ideias apontadas por Carvalho, diz respeito ao caráter excludente da cidadania brasileira, ou seja, que não se universaliza para todas as classes sociais. Com isso, verifica-se que a cidadania é mais acessível para grupos privilegiados e restrita ou negada para determinados segmentos da sociedade, tais como negros, indígenas, mulheres, pobres, população LGBTQIA+, perpetuando desigualdades históricas (Carvalho, 2002).

Diante desse cenário, admitindo a cidadania como um conceito dinâmico, historicamente construído, que envolve o reconhecimento e o exercício de direitos civis, políticos e sociais, vejo que as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei encontram-se inseridas no rol desses segmentos cuja cidadania lhes é restrita ou negada. Em primeira medida, em decorrência de sua própria condição de adoecimento e pela eventualidade de seu delito. Em segunda medida, porque esse grupo de pessoas é atravessado/constituído por todas aquelas identidades mencionadas por Carvalho (negros, indígenas, mulheres, pobres, população LGBTQIA+ etc). Sem dúvidas, pensar estratégias de desinstitucionalização, levando em consideração esse entendimento de cidadania, é uma tarefa desafiadora.

É dentro dessa concepção que apresento o conceito de desinstitucionalização. De acordo com Rotelli (2001), a desinstitucionalização é prática que deve mobilizar todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional, visando transformar as relações de poder entre instituição e pessoas

em todos os contextos em que essas relações se manifestam (Braga, 2019), especialmente os pacientes.

Configura-se, ainda, como um trabalho homeopático que utiliza as energias internas da instituição para desmantelá-la, libertando os sujeitos da necessidade de internação ao inseri-los em serviços totalmente substitutivos. Tão importante quanto os atributos desse processo é entender sua continuidade: o trabalho de desinstitucionalização não se conclui com a aprovação da reforma, mas segue com sua implementação (Rotelli, 2001).

Para Leão (2020), a desinstitucionalização é um processo social complexo cotidiano, que visa superar o paradigma racionalista aplicado na psiquiatria. Esse processo implica a desmontagem de estruturas legislativas, científicas e administrativas, o que envolve conflitos e transformações nas estruturas institucionais.

A concepção abraçada pelo movimento reformista brasileiro, orienta a desinstitucionalização como um processo de desconstrução de saberes, práticas e perspectivas que resultam em segregação, estigma e destituição de direitos das pessoas com transtorno mental. Ela se vincula à tradição italiana desenvolvida por Franco Basaglia, demandando a presença do Estado na proteção social à pessoa com transtorno mental e seus familiares, e reconstruindo a complexidade de viver com o transtorno mental, no sentido de reinventar a vida e promover a saúde (Amarante, 1996).

Dentro do mesmo entendimento, Braga (2019) define que a perspectiva teórico-prática da desinstitucionalização faz parte de um processo que envolve a desconstrução e superação de modos de conhecimento, formas de relações e práticas violentas, além de instituições e aparatos de asilamento e objetificação dos sujeitos a partir de um diagnóstico psiquiátrico.

Portanto, desinstitucionalização, para além da desospitalização, envolve a desnaturalização de saberes e práticas que fundamentam o confinamento de pessoas em sofrimento psíquico, a criação de espaços públicos que permitam a circulação de sujeitos e afetos, além da invenção de propostas de cuidado singulares e inclusivas (Leão, 2020). A citada autora, servindo-se das palavras de Saraceno (1999), fortalece essa ideia ao afirmar que a reabilitação possível não é a simples restituição de direitos formais, mas sim a reconstrução afetiva, relacional, material, habitacional e produtiva das pessoas.

Ainda dentro desta reflexão, vejamos o que nos traz Braga (2019, p. 206-207):

Aqui, vale destacar que a prática da desinstitucionalização não se refere ao mero fechamento ou reforma do hospital psiquiátrico, mas ao desmonte da lógica da instituição psiquiátrica em todas suas formas de expressão, com a superação do modelo asilar e do modo tradicional de olhar e de se relacionar com a experiência de sofrimento psíquico, transformando saberes e práticas e construindo novas possibilidades de viver e existir em um mundo compartilhado.

Dialogando com esse contexto, Liberato (2011), defende que desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras e que isso implica, portanto, na articulação de uma rede comunitária de cuidados, que inclui diversos serviços substitutivos ao manicômio, conectados também a outros equipamentos públicos e espaços da cidade. Essa rede torna possível não apenas a modificação das formas de cuidado e acolhimento, mas sobretudo, possibilita a invenção de novas relações e sociabilidades dentro da comunidade e no espaço urbano.

Os serviços substitutivos aos de lógica asilar e psiquiátrica, com suas práticas cotidianas voltadas para a construção de novas realidades e vias de emancipação, gerando repercussões nos diversos âmbitos e estruturas sociais, podem ser compreendidos como instituições potencialmente desinstitucionalizantes. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são um legítimo exemplo desse tipo de serviço (Braga, 2019).

Conforme já mencionei neste estudo, a eclosão do processo de desinstitucionalização das pessoas que viveram submetidas a longos períodos de segregação em instituições asilares no Brasil ocorre, sobretudo, a partir do rebentamento do processo de Reforma Psiquiátrica (Leão, 2020). Assim, a desinstitucionalização é um ponto central da Lei nº 10.216/2001, pois ela estabelece a criação de estratégias de alta programada para usuários que permanecem internados por longos períodos (Brasil, 2001).

De fato, é uma concepção complexa. O conceito de desinstitucionalização vai muito além, inclusive, da transinstitucionalização, sendo esta entendida como a transferência de um modelo institucional para outro, e a continuidade da segregação e de outras práticas de controle. Para alcançar uma desinstitucionalização efetiva, é crucial mobilizar recursos familiares, afetivos, comunitários, profissionais e de todas as esferas da vida daquele paciente (Brasil, 2023).

Isso deve ser realizado através de um esforço colaborativo entre os serviços estruturados das políticas públicas setoriais, sobretudo por aqueles com ênfase de atuação em bases territoriais e comunitárias, a fim de promover a retomada de projetos de vida autônomos e livres. Ou seja, a desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei não se limita a uma única área de atuação, mas exige a convergência de esforços, onde somente ações de cunho intersetorial e interinstitucional são capazes de fazer frente a efetivação desta estratégia, bem como é apenas dessa maneira que torna-se possível promover uma abordagem humanizada e efetiva, garantindo a inclusão e a dignidade dessas pessoas na sociedade (Brasil, 2023).

Referente a essa compreensão, Braga (2019, p. 201) colabora ao dizer:

Tal entendimento ganha consistência nas práticas de desinstitucionalização, em um movimento em que se acentua a necessidade de transformar as relações de poder e são constituídas propostas de ações transformadoras. Trata-se de ações desinstitucionalizantes porque neste processo, a partir da crítica ao modelo existente, foram desconstruídos os modos de saber e de fazer então vigentes e foram criadas formas inéditas de entendimento e relação com a experiência da loucura. Destaca-se que as reflexões produzidas na perspectiva da desinstitucionalização, segundo Basaglia (1978, p. 16), são sempre coletivas [...]

Desse modo, percebe-se que a Política Antimanicomial do Poder Judiciário propõem caminhos para atuação interinstitucional de atenção Integral às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, onde a desinstitucionalização esteja alicerçada na garantia dos direitos dos pacientes, no sentido do seu pleno acompanhamento pelo campo da saúde e por outras políticas públicas em face do fechamento de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTPs (Brasil, 2023).

A articulação interinstitucional, além de buscar evitar o ingresso de pessoas em instituições de natureza asilar – fechando a porta de entrada –, também se concentra em ações voltadas para a desinstitucionalização – na porta de saída. A prioridade dessas ações deve ser definida com base em situações que envolvem a manutenção de pessoas em condições de ilegalidade e institucionalização, como, por exemplo, aquelas com alvará de soltura expedido ou medida de segurança extinta, mas ainda mantidas em privação de liberdade, ou aquelas cuja desinternação está sendo impedida devido à falta de documentos, suporte familiar ou estratégias adequadas de moradia (Brasil, 2023)

Um aspecto fundamental é assegurar alternativas de moradia que atendam às necessidades específicas de cada pessoa em processo de desinstitucionalização. Isso envolve considerar formatos de moradia, como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), além de outras tipologias de residencialidades que promovam a autonomia e favoreçam a convivência social (Brasil, 2023).

De acordo com Batista (2019), garantir a moradia e a habitação dessas pessoas na comunidade implica que o cuidado ocorra no território, com o apoio dos equipamentos da rede de saúde e da família, promovendo o estreitamento dos laços sociais e a possibilidade de estabelecer vivências pelo território da cidade. Nesse contexto, a desinstitucionalização não se resume a transferir o usuário de um manicômio para uma casa ou um Serviço Residencial Terapêutico - SRT, mas envolve, acima de tudo, a ampliação dos espaços de vida, a apropriação de direitos e deveres, a corresponsabilização no tratamento e, assim, a promoção da saúde.

Além das questões relacionadas à moradia, é essencial ampliar a autonomia das pessoas desinstitucionalizadas por meio de benefícios. Nesse contexto, a Lei nº 10.708/2003 institui o auxílio-reabilitação psicossocial como parte do Programa de Volta Para Casa (PVC), destinado a pessoas com transtornos mentais que saíram de internações, incluindo aquelas provenientes de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs). A lei define requisitos para a concessão do benefício, como a comprovação de internação psiquiátrica por um período igual ou superior a dois anos (Brasil, 2023).

É fundamental ir além dos benefícios oferecidos pelo PVC, buscando formas de amparo e apoio para que essas pessoas possam reconstruir suas vidas após o conflito com a lei. Nesse sentido, é crucial considerar a disponibilidade de benefícios previdenciários, sociais e assistenciais como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o Programa Bolsa Família, os Benefícios Eventuais da Política de Assistência Social e outros recursos de Proteção Social, além de aposentadorias, pensões, entre outros (Brasil, 2023).

Medidas como as mencionadas têm como objetivo promover a autonomia das pessoas, facilitando e fomentando o acesso aos serviços da rede de saúde mental, de assistência social e à sua reinserção no mundo do trabalho. Nesse sentido, destaca-se: a perspectiva da desinstitucionalização é a construção conjunta

de novas possibilidades que atuem em todas as dimensões, para que todos possam existir no mundo compartilhado, na condição de cidadãos (Braga, 2019).

Portanto, os pontos fortes, as potencialidades e as habilidades são elementos centrais na promoção de ações de reabilitação psicossocial para pessoas egressas de institucionalização de longa permanência, para as quais devem ser direcionadas ações de desinstitucionalização (Brasil, 2023).

O reconhecimento das potencialidades e singularidades dos pacientes deve estar agregado ao Projeto Terapêutico Singular - PTS. A estruturação desse instrumento para a formatação do itinerário de cuidado das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei deve ser prática comumente adotada como parte do processo de trabalho de instâncias executivas da saúde.

Proveniente do campo da saúde mental, a expressão Projeto Terapêutico Singular (PTS) se expandiu para o universo do SUS, sendo aplicada em diversas áreas da assistência à saúde. Pode-se defini-lo como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas integradas, voltadas a um sujeito individual ou coletivo, resultantes da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial quando necessário (Brasil, 2007).

O nome Projeto Terapêutico Singular, em vez de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, parece mais apropriado, pois enfatiza que o projeto pode ser desenvolvido tanto para grupos quanto para famílias, e não apenas para indivíduos. Além disso, destaca que a proposta busca a singularidade (a diferença) como elemento central de sua construção, contrapondo-se à tendência dos diagnósticos de uniformizar os assuntos e minimizar as diferenças

Assim, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta central no processo de cuidado. E, no âmbito da saúde mental, sua função se torna ainda mais relevante, pois organiza a contratualização dos interesses da pessoa com as possibilidades do serviço e os demais atores envolvidos/as nas ações de atenção psicossocial e garantia de direitos. A pactuação por meio do PTS indica que não se trata de a pessoa se adaptar ao serviço e aos desejos dos trabalhadores/as, mas sim de estabelecer, em uma ética do cuidado, um processo de mão dupla, no qual os desejos do/a usuário/a ocupam o centro (Baptista, 2018).

Esse conceito foi incorporado na Política Antimanicomial do Poder Judiciário (Resolução CNJ nº 487/2023), onde ressalta o PTS como um projeto crucial para a desinstitucionalização. As medidas previstas no PTS visam reunir,

organizar e registrar diversas possibilidades terapêuticas nas múltiplas dimensões que perpassam a vida daquele paciente. Recomenda-se que a construção do PTS seja realizada por meio do diálogo entre profissionais de diferentes áreas de formação e atuação, visando alcançar a singularidade do indivíduo, de sua família ou grupo social (Silva, 2020).

Com o intuito de alcançar as necessidades do sujeito de maneira individualizada, personalizada e abrangente, não se limitando apenas ao atendimento de demandas relacionadas a problemas clínicos ou terapêuticas, o PTS também considera as vulnerabilidades do indivíduo, levando em conta não somente suas dimensões pessoais, culturais, econômicas e sociais, mas também uma dimensão programática, que envolve as estratégias e programas destinados ao cuidado das necessidades específicas do sujeito (Baptista, 2018).

Visando o fortalecimento dessas estratégias e da capacidade de atendimento à todas essas necessidades, de modo a potencializar a efetiva reparação a qual a Resolução CNJ nº 487/2023 se propõe, emerge o papel desempenhado por equipes conectoras, tendo-as como elemento fundamental no envolvimento e articulação de profissionais, equipes e dispositivos das políticas sociais, conforme demandas apresentadas nos casos concretos (Brasil, 2023).

No momento de saída da unidade prisional, dos HCTPs e/ou dos Manicômios Judiciários, as ações para desinstitucionalização vão requerer uma atuação integrada junto às equipes e profissionais que representam a rede das políticas públicas, que atuam em dado território de referência daquele paciente que encontra-se retornando para a vida cotidiana e ao cuidado em liberdade. Nessa perspectiva, a Equipe EAP, com seu caráter multiprofissional e conector, atua na articulação entre os diversos atores envolvidos na construção da desinstitucionalização do paciente, dialogando com os todos os atores envolvidos nesse processo (Brasil, 2024).

Em face do processo de desinstitucionalização, a Equipe EAP representa um avanço na promoção de um cuidado em saúde mental em liberdade para pessoas com problemas de saúde mental em conflito com a lei. Essa equipe tem um papel essencial no apoio articulador ao processo de desinstitucionalização, redirecionando esses casos para serviços mais adequados dentro da interface entre o sistema de justiça, o Sistema Único de Saúde - SUS e o Sistema Único de Assistência Social - SUAS (Brasil, 2024).

No cenário brasileiro, a Equipe EAP está instituída desde o ano de 2014, por meio de normativa do Ministério da Saúde, a Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014, tendo sido atualizada em sua nomenclatura e atribuições no ano de 2024, através da Portaria nº 4.876, de 18 de julho de 2024. No Ceará, a luta pela implantação dessa equipe no âmbito da gestão estadual da política de saúde já percorreu um longo caminho.

De acordo com Mascarenhas (2024), o debate pela implantação da Equipe EAP no Ceará foi engendrado, mais significativamente, no ano de 2016, a partir da criação do Grupo de Trabalho Medidas Terapêuticas. A formação desse grupo foi capitaneada pela SEJUS, a época órgão ainda responsável pela gestão do Manicômio Judiciário. Já em sua primeira reunião, no dia 29 de junho de 2016, o grupo propôs o objetivo de trabalhar a implantação daquele serviço no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), visando formatar um processo de trabalho consistente para a desinstitucionalização IPGSG. De fato, somente no ano de 2023 é que a Equipe EAP se configura no Ceará, muito embora, já houvesse uma agenda de trabalho para a desinstitucionalização do Manicômio Judiciário desde o ano de 2021.

Em sua atuação, a Equipe EAP deve adotar uma abordagem metodológica que inclui a realização de diagnósticos locais colaborativos e o mapeamento da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), entre outras pastas pertinentes ao Poder Executivo, incentivando a colaboração entre diversos atores envolvidos na promoção da saúde mental e dos direitos humanos, no contexto legal (Brasil, 2024).

Dentre as importantes ações que podem ser exercidas pela Equipe EAP, no âmbito do processo de desinstitucionalização, estão incluídas a realização de diagnósticos ampliados dessas pessoas, o mapeamento e a sensibilização de gestores e trabalhadores das redes de serviços públicos para o acolhimento e acompanhamento daquele paciente, além de apoiar a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) em conjunto com os serviços dessas redes. Também fornecem subsídios às/aos Juízas/Juízes da Execução Penal, por meio de instrumentos legais, contribuindo para o redirecionamento do cuidado em liberdade. A equipe também colabora na capacitação de profissionais atuantes nas políticas públicas relacionadas ao tema, difundindo diretrizes, fluxos e métodos de atenção. (Brasil, 2024).

Dessa maneira, esse cenário de atuação reflete a importância do trabalho multiprofissional para garantir uma abordagem integral. A integração dessas diferentes especificidades permite que o acompanhamento às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei em processo de desinstitucionalização seja abrangente, contemplando tanto os aspectos clínicos quanto os sociais e psicológicos, e que as ações terapêuticas sejam implementadas de forma coordenada, garantindo o melhor resultado possível no processo de desinstitucionalização e, conseqüentemente, de reabilitação psicossocial. (Brasil, 2024).

De acordo com a colaboração de Mascarenhas (2024), o IPGSG se vê diante de um novo momento no ano de 2024 onde, a partir do disposto na Resolução CNJ nº 487/2023 acerca do fechamento dos Manicômios Judiciários brasileiros, um incansável trabalho desenvolveu-se com o objetivo de fechar as portas daquele estabelecimento.

Como já mencionado neste estudo, o Manicômio Judiciário do Ceará teve o encerramento de suas atividades oficializada, pelo Poder Judiciário cearense, no dia 01 de outubro de 2024⁵⁵, ao passo que o esforço interinstitucional concretiza a efetiva desinstitucionalização de todas as pessoas que encontravam-se institucionalizadas naquela unidade do sistema prisional.

A autora anteriormente mencionada, atribui ao Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA) e a Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP as contribuições essenciais para alcançar o horizonte primordial que se vislumbrava com a Política Antimanicomial no Ceará.

A partir das análises feitas por ela, podemos inferir que o marco do fechamento do IPGSG tornou-se possível a partir de um processo de trabalho articulado e interinstitucional, estruturado no âmbito do CEIMPA, tendo sua operacionalização executada pela Equipe EAP, a qual a autora faz um destaque ao ressaltar o “caráter cuidadoso, humano, responsável e extremamente competente” do trabalho desempenhado por aquela equipe (Mascarenhas, 2024, p. 254).

⁵⁵Normativa disponível por meio de página na internet, podendo ser acessada em: <<https://djea-con.tjce.jus.br/materias/84367>>. O acesso do autor foi realizado em 13 de janeiro de 2025.

Desse modo, a partir de agora, irei me debruçar na busca por ilustrar as nuances de um complexo itinerário percorrido para a estruturação e operacionalização das estratégias que culminaram com a desinstitucionalização dos pacientes do Manicômio Judiciário cearense, desde julho de 2020 até o seu fechamento total, em outubro de 2024. Tecerei essa narrativa através dos escritos dispostos em meu diário de anotações, que revelam as experiências que vi acontecer nesse percurso mas, especialmente, as vivências que teci e senti na pele ao construí-lo.

5.2 As trilhas de um passado recente na luta pela desinstitucionalização do Manicômio Judiciário cearense

Antes de minhas mãos integrarem essa luta, outros braços já vinham se levantando na defesa pela desinstitucionalização do IPGSG. É justo que se faça esse resgate histórico. Para isso, me recorro ao detalhado levantamento empreendido por Mascarenhas (2024).

O Censo 2011, cujos achados foram socializados em 2013, por meio da publicação do relatório "A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil", organizado por Débora Diniz, representou um importante marco na trajetória da luta em defesa do cuidado em liberdade às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Essa relevante pesquisa notabilizou o cenário dos estabelecimentos manicomiais no Brasil. Dentre eles, estava o IPGSG. Em seus achados, Diniz (2013) apresenta um vasto elenco de dados e informações que vai desde a estrutura do estabelecimento até o perfil e situação social e jurídica dos pacientes lá institucionalizados. Considero que esta foi a pesquisa mais importante já realizada no país, em termos de contribuição para tornar público o retrato do Manicômio Judiciário. Este estudo serviu (e segue servindo) como a grande base para outras investigações e para a fomentar a discussão acerca do tema.

Já em 2013, o Conselho Nacional de Justiça realizou uma inspeção carcerária, que resultou na publicação de um importante relatório. Este, além de deparar-se com realidades já apresentadas pelo estudo de Diniz (2013), trouxe a contribuição de apontar a existência de pacientes que, mesmo já tendo sua medida de segurança extinta, ainda permaneciam ilegalmente presos no IPGSG. Um dos

feitos mais importantes desse estudo foi trazer à luz a situação degradante vivenciada pelo paciente Juvenal Raimundo da Silva, que estava preso no Manicômio Judiciário cearense desde a inauguração da instituição, há 43 anos, mesmo já tendo recebido alvará de soltura há 24 anos, ou seja, em 1989. Esse caso ganhou grande repercussão nas mídias nacionais e já foi cenário de produções científicas como, por exemplo, em Brito (2018), conforme já referenciada neste estudo. A pesquisa do CNJ também evidenciou o caso do paciente L.C.M.S, cuja ordem de desinternação já havia sido expedida desde o ano de 2004, entretanto, ele ainda permanecia preso naquele lugar (Mascarenhas, 2024).

O estudo pautado acima, desempenhou o papel de desencadear um movimento importante no cenário cearense. Sua repercussão midiática tencionou a estruturação do Grupo de Trabalho sobre Pessoas com Transtornos Mentais e Sistema Carcerário. Organizado pela Defensoria Pública Geral do Estado do Ceará, no ano de 2013, o grupo impetrou o objetivo de inspecionar os estabelecimentos onde haviam pessoas em cumprimento de medida de segurança, provocar a disponibilização de vagas em Serviços Residenciais Terapêuticos, fomentar reuniões, promover audiências públicas e incidir na proposição do cumprimento da Lei nº 10.216/2001. Este coletivo foi composto pelo Núcleo de Direitos Humanos e Ações Coletivas (NDAC), Núcleo de Apoio ao Preso Provisório (NUAPP), Núcleo de Defesa da Saúde (NUDESA), Núcleo das Defensorias Públicas Criminais, Núcleo Especializado em Execuções Penais (NUDEP) e Defensoria Pública do IPGSG. O coletivo realizou diversas inspeções que fomentaram o debate e o pleito por ações que dessem respostas às situações encontradas (Mascarenhas, 2024).

Ainda no ano de 2013, realizou-se um projeto intitulado “Um olhar além do consciente”, gestado por alguns juízes das Varas de Execuções Penais da Comarca de Fortaleza, dentre os quais, destaco Luciana Teixeira de Souza, figura que virá a ser essencial, nos anos que se seguiram, para os avanços da pauta sobre a desinstitucionalização do Manicômio Judiciário, até a efetivação do seu fechamento. Este projeto mesclava ações de fomento ao acompanhamento da situação processual dos pacientes do IPGSG, à construção de estratégias para a reinserção dos pacientes em contexto familiar e social, o reforço do acompanhamento psicológico, iniciativas de formação artística e de qualificação para o trabalho. O projeto buscou envolver diversos segmentos sociais nessa discussão e recebeu o apoio de várias entidades relevantes.

Em 2015, uma importante audiência pública foi realizada, fruto do trabalho executado pelo Grupo de Trabalho sobre Pessoas com Transtornos Mentais e Sistema Carcerário. Na ocasião, uma ampla discussão se deu, em torno dos elementos apontados pelo relatório produzido pelo grupo de trabalho nas inspeções efetuadas em 2013. A partir das recomendações apresentadas no relatório, na audiência decidiu-se por dar seguimento às orientações pautadas pelo grupo e tomar as medidas necessárias para zelar pelos direitos dos pacientes do IPGSG (Mascarenhas, 2024).

O ano de 2016 emerge com a criação de um novo Grupo de Trabalho, chamado GT Medidas Terapêuticas. Este foi organizado pela Secretaria da Justiça e Cidadania do Estado do Ceará (SEJUS), estrutura do Governo do Estado do Ceará a qual, na época, o Manicômio Judiciário encontrava-se vinculado. Um dos esforços que mais se destaca no trabalho desse grupo, foi pautar a implantação da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) no Ceará, vinculando-a na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. O objetivo era nítido: trabalhar a desinstitucionalização do Manicômio Judiciário cearense (Mascarenhas, 2024). Na composição desse grupo encontravam-se peças fundamentais para o desenvolvimento dessa pauta, tais como Lúcia Bertini, a época representando a SEJUS, e a estudiosa e militante Lirian Mascarenhas, representando algumas instituições de ensino naquele momento.

O GT Medidas Terapêuticas, ainda em 2016, reforçou a necessidade de se discutir o processo de transição para a desinstitucionalização do IPGSG, por meio da realização de um importante evento, cujo nome foi “Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”. O evento contou com a presença de representante do Conselho Nacional de Justiça e objetivou pautar a temática para gestores e profissionais da área da saúde, assistência social e sistema de justiça de todo o Estado do Ceará (Mascarenhas, 2024).

No mesmo ano, uma visita técnica de relevância ocorreu no Manicômio Judiciário, encabeçada pelo Fórum Cearense da Luta Antimanicomial. O objetivo da ação foi verificar as condições de assistência à saúde dos internos e as ações para a desinstitucionalização dos pacientes. Também participaram desse momento o Núcleo de Defesa da Saúde (NUDESA), o Núcleo Especializado em Execução Penal (NUDEP), a Supervisão do Atendimento Psicossocial da Defensoria Pública e a

representação da Rede Cearense de Redução de Danos e Psiquiatria. A ação conjunta constatou a alta ocupação da unidade, ambientes internos insalubres e condições indignas de abrigo (Mascarenhas, 2024).

O Comitê de Prevenção e Combate à Tortura do Ceará criou, em 2017, a Comissão Integrada de Saúde Mental para dar continuidade e providências as discussões anteriormente levantadas pelo GT Medidas Terapêuticas, em 2016. Esse comitê, diante do arcabouço de informações já levantadas, organizou recomendações para serem encaminhadas ao Governo do Estado do Ceará, na perspectiva de alcançar a desinstitucionalização do Manicômio Judiciário (Mascarenhas, 2024).

Em 2019, a atuação do Comitê de Prevenção e Combate à Tortura do Ceará segue avançando. Nesse momento, o comitê busca formar uma articulação com o Tribunal de Justiça do Estado do Ceará (TJCE) e com o Ministério Público do Estado do Ceará (MPCE). Assim, neste mesmo ano, ocorre uma inspeção do IPGSG, realizada pelos peritos do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Essa foi uma ação de extrema relevância para a luta que vinha sendo constituída há tantos anos. A inspeção pôde salientar um leque de situações alarmantes sobre o quantitativo de pacientes institucionalizados na unidade, a situação jurídica destes, as instalações físicas do estabelecimento, a assistência à saúde ofertada aos internos, as condições da alimentação, dentre outros aspectos. Em suma, o relatório da inspeção reitera o alerta de que o tratamento ofertado no IPGSG viola os direitos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei (Mascarenhas, 2024).

Como pode-se perceber, não faltaram atores lutando em prol do redirecionamento das práticas voltadas às pessoas institucionalizadas no Manicômio Judiciário cearense, bem como muitas foram as iniciativas executadas para substanciar um consistente arcabouço para o tensionamento por reais transformações.

Tais transformações começam a se concretizar no ano de 2020. Transformações, estas, que se processaram no lugar ocupado por esta legítima luta, nos destinos do Manicômio Judiciário cearense, nas vidas de inúmeras pessoas que encontravam-se institucionalizadas naquele estabelecimento, nas histórias de tantas famílias que se (re)constituíram e na história do Estado do Ceará e do Brasil.

Obviamente, é preciso dizer que essa potência transformadora também atravessou a minha própria vida, haja vista ser nesse momento em que meu caminho profissional passa a convergir ao encontro desta pauta que, para além de uma mera agenda de trabalho, tornou-se uma bandeira de luta intransigente pela defesa do cuidado em liberdade àquelas pessoas.

Conforme já esclarecido, minha intenção não será trazer para este texto a transcrição de todos os registros do meu diário de anotações, nem fragmentos deste. Afinal, tratam-se de mais de 300 páginas rascunhadas, que traduzem uma trajetória de trabalho (e compromisso ético-político) de, aproximadamente, 4 anos. Seria impossível e desnecessário trazer os conteúdos das anotações na íntegra.

Contudo, comprometo-me em extrair e condensar a essência das principais ações, acontecimentos e vivência registradas e, dessa forma, traçar um itinerário histórico que iniciará em meu primeiro contato com a pauta da desinstitucionalização do Manicômio Judiciário cearense, em julho de 2020, até o encerramento definitivo das atividades desse estabelecimento, em outubro de 2024, que marca e comprova que é possível implantar a Política Antimanicomial do Poder Judiciário no Estado do Ceará.

5.3 É possível implantar a Política Antimanicomial do Poder Judiciário no Estado do Ceará

O marco inicial dessas vivências é o ano de 2020, quando a Corregedoria de Presídios e Estabelecimentos Penitenciários da Comarca de Fortaleza identifica a situação 9 (nove) pessoas que encontravam-se desinternadas por ordem judicial, mas que permanecem presas no IPGSG. A partir disso, o Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e de Execução de Medidas Socioeducativas (GMF) provocou a tomada de providências no sentido de construir estratégias para a desinstitucionalização destes nove pacientes.

O Tribunal de Justiça do Estado do Ceará (TJCE) encabeçou a iniciativa de movimentar a discussão sobre o cenário em curso, e de maneira disruptiva, fomentou a constituição de um Grupo de Trabalho, chamado GT Interinstitucional de Saúde Mental. Nele foram inseridos representantes de diversas instituições, tais como: Tribunal de Justiça do Estado do Ceará (TJCE), Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Ministério Público do Estado do Ceará (MPCE), Secretaria da Administração Penitenciária e Ressocialização do Estado do Ceará (SAP), Conselho Estadual de

Defesa dos Direitos Humanos (CEDDH), Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Tortura (CEPCT), Secretaria Municipal de Saúde do Município de Fortaleza (SMS Fortaleza) e da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), deste sendo eu o representante.

A proposição inicial do GT Interinstitucional de Saúde Mental era bem definida: atuar na desinstitucionalização dos nove pacientes identificados e, por conseguinte, construir um fluxo permanente de acompanhamento dos processos de desinstitucionalização do Manicômio Judiciário no Estado do Ceará. A partir disso, uma extensa agenda de trabalho passou a ser realizada e que, ao longo do tempo, expandiu-se de forma expressiva.

Ao nos vermos diante de uma pauta tão complexa, o primeiro movimento exercido por nós foi o de conhecer a demanda que se apresentava. Era preciso saber do que estávamos falando e do que estávamos tratando. Nesse sentido, estabeleceu um robusto calendário de reuniões que favorecessem o entendimento acerca da demanda. Por meio da integração entre instituições e órgãos variados, tanto da estrutura do Governo do Estado e do Poder Judiciário, como de Movimentos Sociais e Organizações da Sociedade Civil, foi possível visualizar de forma mais nítida o real cenário sobre o qual iríamos nos debruçar nessa jornada.

Nossa apropriação sobre a pauta ainda se mostrava incipiente. Mais do que entender a demanda que encontrava-se sobre a mesa, era preciso nos instruir sobre ela, aprender mesmo, nos alfabetizar sobre esse universo, tendo como perspectiva ouvir àqueles que já percorreram esse caminho antes de nós. Assim, reconhecemos que a agenda de trabalho estava demandando um nivelamento teórico/conceitual acerca da pauta, bem como o conhecimento sobre estratégias possíveis de serem adotadas sobre a mesma. Atendendo a essa necessidade, constituíram-se diálogos formativos com profissionais de referência, cuja bagagem de experiência neste campo de atuação lhes conferia o respaldo para que pudéssemos com eles aprender, nos esclarecer e orientar nossas ações.

Instigados pela estudiosa e militante Lirian Mascarenhas, entramos em contato com experiências importantes de outros estados do país, que já vinham percorrendo esse caminho antes de nós. Como exemplo, posso citar o encontro realizado, em agosto de 2020, com a equipe do Estado da Bahia, apresentando a sua experiência de atuação. Ainda no mesmo mês, outro encontro formativo ocorreu, desta vez, com a presença de Haroldo Caetano, promotor de justiça do Estado de

Goiás, notabilizado por idealizar e implantar o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI), no Estado de Goiás. Já em setembro de 2020, outro momento rico de partilha e aprendizado se deu, agora a partir da experiência da Equipe EAP do Estado do Maranhão, com a presença de sua coordenadora Janete Valois. Diante da realização desses encontros, posso afirmar que saímos potencializados para alcançar progressos.

Instrumentalizados, em alguma medida, e inspirados pelas experiências que conhecemos, organizamos uma intensa agenda de trabalho. A princípio, realizaram-se diversas reuniões interinstitucionais, a fim de levantar dados, traçar metas e objetivos e estabelecer fluxos. Era o GT Interinstitucional de Saúde Mental em movimento. De modo geral, para concretizar a movimentação inicial das ações, estabeleceu-se um calendário de reuniões que aconteciam quinzenalmente. Nesse cenário, atuei como um dos representantes da SESA e, rotineiramente, alinhava o coletivo sobre cada ação que vinha desenvolvendo no âmbito da articulação da rede de saúde sobre a pauta. Foram momentos ricos e de grande importância para os contornos que a pauta ganharia depois.

Entretanto, precisávamos de mais. Era necessário ir mais a fundo. E para isso, resolvemos sair do conforto de nossas repartições e adentrar os muros do Manicômio Judiciário. Lembro-me bem da primeira visita empreendida ao IPGSG. Particularmente, eu nunca havia estado dentro de um Complexo Penitenciário, tampouco dentro de um Manicômio Judiciário. Os impactos foram imediatos. Os procedimentos de segurança que se deram desde a portaria de entrada ao Complexo Penitenciário até aos adotados ao ingressar na recepção do Manicômio Judiciário já me deram o primeiro sinal sobre a verdadeira configuração daquele lugar.

Algo curioso (e espantoso) sobressaltou em mim, ao ir visualizando pequenos detalhes de posturas, discursos, disposição de lugares para sentar, configuração de espaços e presença de objetos, iam me sinalizando para a real lógica daquele espaço. Sobretudo no contato inicial com a direção da unidade: seja por sua presença marcadamente autoritária, por seu comportamento hostil diante de nós, pela escolha dos tons e palavras utilizadas para se referir ao estabelecimento e aos pacientes alí recolhidos, ou até mesmo pela presença de um sino em sua mesa, através do qual chamava os funcionários à sua sala, a partir do seu tilintar.

Esse primeiro contato seguiu sendo marcado, notadamente, após adentrar à unidade e realizar uma visita em todas as instalações daquele estabelecimento. Não me deterei em descrever o que encontrei em termos de estrutura física, visto que tal aspecto já foi explorado a contento no presente estudo. O que se ressalta dessa experiência, na verdade, foi o que vi em termos de desestrutura humana. Ou seja, dezenas de homens, alguns com semblantes entristecidos, outros com feições indiferentes, mas todos sobrevivendo em condições indignas de acolhimento, amontoando-se uns aos outros para nos ver passar, gritando por nossa atenção, fazendo apelos, cobrando o atendimento de demandas e, sobretudo, fazendo a pergunta que me pôs um nó na garganta: quando eu vou conseguir ir embora daqui?

A partir dessa primeira experiência, estabeleceu-se, então, uma rotina de visitas técnicas institucionais ao IPGSG. Cada retorno ao estabelecimento era marcante, seja pela presença dentro daquele ambiente violador de direitos, seja pelo avassalador contato com as histórias de vida de todas aquelas pessoas. O foco dessas idas a campo era bem definido: conhecer a realidade para melhor balizar as ações que seriam executadas. Com isso, mantiveram-se rotineiras essas reuniões no IPGSG, a fim de realizar um real levantamento de dados e informações essenciais sobre os pacientes.

Com esse objetivo, buscamos ter acesso a uma série de documentações que nos permitissem traçar um desenho sobre as histórias daquelas pessoas. Recorremos aos prontuários médicos, aos relatórios do Serviço Social disponíveis, as fichas de identificação dos pacientes e as informações adicionais que nos fossem permitidas visualizar no sistema de informação intitulado Sistema de Gestão Penitenciária do Ceará - SIGEPEN, por intermédio de algum profissional da administração penitenciária. Esses recursos foram importantes, visto que permitiram a constituição de um retrato inicial do público do nosso trabalho, e identificar algumas fragilidades iniciais, tais como: a ausência de informações mais detalhadas sobre o contexto social dos pacientes e o assustador volume de pessoas que não possuíam documentação civil, mesmo estando há tantos anos institucionalizadas naquela unidade.

O grande marco divisor de águas que me permitiu alcançar significativo avanço na minha interação com o IPGSG e as histórias dos internos, foi a interlocução e parceria estabelecida com a psicóloga da unidade, à época, a Sra.

Isadora Lopes. Com um trabalho repleto de zelo, afeto e competência, esta profissional desempenhou importante papel em meu trabalho. Visto que, gentilmente, sempre me recebeu e me instrumentalizou de informações e percepções sobre os pacientes que foram decisivos para a elaboração das estratégias de desinstitucionalização. Porém, mais do que isso, Isadora me ajudou a romper um limite, retirou um véu que ainda cobria o meu rosto, e me mostrou que ler as informações escritas nos registros das profissionais e ouvir seus relatos, tão somente, não era suficiente e nem eficaz para a execução desse trabalho.

Era preciso interagir com os internos, conhecê-los frente a frente, ouvir o que eles tinham a dizer. Essa profissional foi a responsável por construir uma ponte que me levou do meu mundo ao mundo dos pacientes. Fazer isso, ao lado dela, foi instigante e desvelador da realidade. Demonstrando uma capacidade impressionante de estabelecer vínculos com os pacientes, realidade esta que traduziu-se pelas inúmeras manifestações afetuosas dos internos para com ela, que pude presenciar, a profissional me guiou pelas trilhas da vida de cada uma daquelas pessoas. Dona de uma capacidade de memorização assustadora, ela tinha na ponta da língua o nome completo de todos eles, suas cidades de origem, suas histórias de vida, conhecia suas singularidades, identificava suas principais queixas, demandas e perspectivas de futuro. Gentilmente, ela me ofereceu tudo que eu precisava. E eu pude, a partir daí, estabelecer algum nível de relação com os pacientes.

Foi na constituição dessa relação, na aproximação com aquelas pessoas, que eu pude me deparar com o que Foucault (2000) chama de vidas infames. Eram as vidas de pessoas comuns sem glórias, distantes de grandezas e que, em algum momento de suas vidas, foram impactadas pelo encontro com o poder. Poder este que, invariavelmente, colocou essas vidas diante de violências, excessos e tumultos (Mascarenhas, 2024).

Esse cenário, de maior aprofundamento sobre as histórias de vida daquelas pessoas, fomentou o avanço das ações. Com isso, empreendeu-se um esforço no sentido de estabelecer diálogo com os municípios de onde eram oriundos aqueles pacientes que, no momento, encontravam-se institucionalizados no IPGSG. A iniciativa adotada, à época, foi a efetivação de uma agenda de reuniões com as referências técnicas de saúde mental das estruturas regionalizadas de gestão da SESA, divididas em cinco regiões no estado, quais sejam: Fortaleza, Norte, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Vale do Jaguaribe. Significa dizer que, inicia-se uma

trajetória de encontros técnicos com capilaridade para alcançar um grande número de municípios. Mais notadamente, aqueles identificados como sendo os territórios de origem dos pacientes do IPGSG.

Não foi uma tarefa fácil. A pauta, sensível e complexa, por vezes parecia assustar os profissionais e fazê-los assumir uma postura resistente e escorregadia. Diversas foram as ocasiões em que agendei reuniões virtuais, com profissionais representantes das equipes técnicas da rede de saúde e socioassistencial dos municípios, e eles sequer atenderam a solicitação, sequer compareceram à reunião. Contudo, mesmo em face desse desafio, compreendi duas coisas muito importantes para o decorrer de todo aquele processo: que a sensibilização das equipes dos territórios precisava ser uma meta constante e que era necessário ser teimoso e seguir insistindo, não desistir.

Decerto, além deste, outros desafios foram sendo encontrados no decorrer do caminho. Um dos mais sensíveis foi a resistência que, em algum nível, profissionais que atuavam no âmbito da administração penitenciária apresentavam. Essa resistência se traduzia em posturas hostis ao trabalho que vinha sendo desenvolvido; dificuldades impostas para o fornecimento de informações necessárias para o pleno andamento das ações; um certo nível de restrições no acesso ao Manicômio Judiciário; e a disseminação de discursos dentro do estabelecimento, prejudiciais à harmonia do desenvolvimento das ações.

Há que se ressaltar, ainda, o contato da Pandemia de COVID-19, vivenciado mais severamente, nos anos de 2021 e 2022. É sabido por todos as limitações que essa realidade nos impôs e os tristes acontecimentos que se sucederam. Porém, durante os anos mencionados acima, nos esforçamos para manter o desenvolvimento das estratégias, mesmo em face do momento de crise sanitária que vivíamos.

O trabalho que se seguiu realizando nesse período, essencialmente na modalidade virtual, foi o de permanente aproximação com as equipes de referência da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da Rede Socioassistencial, por meio de sistemáticas reuniões de alinhamento técnico e construção de fluxos, de encontros formativos para orientações sobre a pauta da desinstitucionalização, da realização de estudos de caso sobre os pacientes, da instrumentalização dos profissionais do território para a abordagem às famílias até a elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

A insistência e o trabalho cotidiano, levaram-nos a colher os primeiros frutos dessa trajetória: a desinstitucionalização dos primeiros pacientes, dentro dessa agenda de trabalho recente. Ainda, no ano de 2023 as ações de desinstitucionalização do Manicômio Judiciário cearense potencializam-se de maneira significativa. Pois, é neste ano em que a Equipe EAP é definitivamente constituída no Estado do Ceará. Assumindo o compromisso com a pauta, a SESA toma a importante decisão de formar esta equipe. O que antes era apenas um grupo de profissionais constituído por, em média, três pessoas, passa a assumir sua composição de maneira mais robusta, de caráter multiprofissional.

É inegável que a constituição da Equipe EAP dá uma nova potência ao processo vigente. Primeiramente, por se tratar de um pleito bastante antigo por parte de diversos atores que pautam a transformação do modelo de atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Ceará. Em segundo lugar, porque, é a partir desse momento, que o trabalho desse grupo de profissionais se expande e se capilariza de forma mais consistente por todo o território do Estado do Ceará. Particularmente, esse fato me atravessa de maneira significativa, posto que estive atuando desde as primeiras movimentações acerca da pauta, em 2019, vi acontecer e participei ativamente da construção de diversas ações importantes e, agora, integrava o nascimento definitivo da Equipe EAP, assumindo a função de referência técnica deste serviço.

Cabe destacar o papel fundante da estrutura da Área Técnica da Saúde Prisional da SESA no impulsionamento das ações da Equipe EAP Ceará. Foi no bojo desse setor que a equipe germinou e nasceu. Entremeadas pelas vastas discussões sobre a PNAISP e as peculiaridades do sistema prisional cearense, esta área técnica assumiu o compromisso de acolher e fomentar a estruturação da EAP Ceará. Inicialmente, foi o esforço do então gerente técnico da área, o enfermeiro João Neto, que possibilitou que a semente da Equipe EAP fosse plantada. Em meio há muitas disputas de narrativas, esse profissional e essa área técnica defenderam a existência e permanência da EAP, endossados por atores estratégicos no âmbito do Poder Judiciário, dos quais destaco a Exma. Juíza Luciana Teixeira e o Exmo. Juiz César Belmino. Em seguida, foram a determinação e capacidade de interlocução da enfermeira Eliana Freitas, atual responsável técnica pela referida área, que a Equipe EAP Ceará nasceu e substanciou-se.

Concomitantemente com a implantação da Equipe EAP no Ceará, ocorre a publicação da Resolução CNJ nº 487/2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, contexto já bem explorado nesta pesquisa. A sinergia entre esses dois acontecimentos foi potente. Naquele momento, a Equipe EAP realizou ciclos de oficinas de alinhamento técnico, para o debate sobre a recém publicada Política Antimanicomial do Poder Judiciário e para traçar estratégias para a construção de fluxos que pudessem delinear o itinerário de cuidado às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Ceará. Nesta ocasião, conseguimos dialogar com, aproximadamente, 600 profissionais, alcançando todos os 184 municípios do estado, por meio de representações da gestão e das equipes técnicas de saúde e assistência social.

Dentro da mesma lógica, também realizou-se empreendemos uma vasta agenda de reuniões técnicas, oficinas formativas e seminários pautando os fluxos de trabalho para a implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, com atores estratégicos do Sistema de Justiça: juízes, promotores de justiça, defensores públicos, dentre outros. No bojo dessas articulações um passo substancialmente definidor para o sucesso da trajetória pela desinstitucionalização do IPGSG foi dado: a constituição do CEIMPA no Ceará.

Conceitualmente já definido em outro momento deste texto, o CEIMPA exerce o papel de integrar as principais instituições envolvidas na execução das ações de desinstitucionalização dos pacientes. Por meio de reuniões sistemáticas, traçaram-se metas que pudessem levar ao cumprimento do que estava disposto na Resolução CNJ nº487/2023; estabeleceu-se a construção de diversos fluxos para instrumentalizar ações importantes dentro desse processo; formaram-se parcerias entre instituições para o apoio e integração mútuo; encontraram-se soluções para fortes entraves que foram sendo identificados no decorrer da rotina de trabalho; e colheram-se importantes resultados.

Forma-se, portanto, o ambiente propício para vislumbrar que seria sim possível implantar a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Nessa perspectiva, intensifica-se a atuação, sobretudo porque estávamos diante do prazo estabelecido pelo CNJ para o encerramento das atividades dos Manicômios Judiciários. No Ceará, estávamos determinados em empreender todos os esforços necessários para garantir o alcance dessa meta técnica e política.

Diante desse cenário, lançou-se mão de uma rotina intensa de trabalho, sobretudo no decorrer do ano de 2024. Foram realizadas incontáveis reuniões técnicas com gestores e equipes de saúde e assistência social dos municípios, articulamos a realização de inúmeros estudos de caso sobre os pacientes do Manicômio Judiciário com as equipes de referência de seus territórios de origem. Encontros esses que se deram a partir de configurações diversas: reuniões online e presenciais nos municípios e visitas técnicas dos atores estratégicos das políticas públicas dos municípios ao IPGSG, articuladas e instrumentalizadas por nós da Equipe EAP.

Não paramos e seguimos determinados em avançar. Viajamos pelo estado inteiro, aportando presencialmente em, aproximadamente, 50 municípios, percorrendo as cinco regiões de saúde configuradas dentro da divisão administrativa da gestão estadual da política de saúde. Foram horas na estrada e dias fora de casa para fomentar a plena desinstitucionalização do IPGSG. Em casa viagem e cada encontro com os territórios, novas articulações se estabeleciam, processos de sensibilização eram engendrados, fluxos de trabalho eram construídos e histórias de vida eram redesenhadas.

Não fizemos apenas o caminho de ir até os territórios apresentar nossa pauta. Também empreendemos o exercício de trazê-los para conhecer, in loco, a realidade sobre a qual estávamos trabalhando. Com isso, levamos os municípios para dentro do Manicômio Judiciário, em uma agenda sistemática de trabalho, colocando-os frente a frente com aquela dura realidade, instigando o compromisso daqueles profissionais com a pauta em vigor e proporcionando a ressignificação de paradigmas e pré noções, ao passo em que formavam vínculos com os pacientes.

Em decorrência disso, foi possível, também, alcançar o importante feito de encurtar a distância entre os familiares dos pacientes e o Manicômio Judiciário. Por meio de uma ação articulada e persistente, com o apoio das equipes de referência dos municípios e da adesão dos profissionais da instituição, estabelecemos procedimentos para fomentar visitas de familiares e/ou pessoas que representavam suporte social e afetivo dos pacientes ao IPGSG. Foi gratificante ver cenários de relações cujos vínculos, até então, permaneciam fragilizados ou rompidos, irem se reconstituindo paulatinamente.

Uma das maiores dificuldades encontradas para a efetivação da desinstitucionalização dos pacientes do IPGSG era a fragilização ou ausência dos

vínculos familiares e comunitários. A rotina do trabalho, junto aos territórios, na realização de estudos de caso e abordagens às famílias, nos revelou uma realidade marcada por histórias de estigma, vulnerabilidade social, medo, ressentimentos, traumas e desconhecimento. Elementos que, muitas vezes, impunham limitações para que aquelas famílias se abrissem à possibilidade de reinserir o paciente dentro de seu convívio.

Comumente, a postura inicial das famílias era a não aceitação do retorno daquele paciente ao seio familiar. Houveram famílias, por exemplo, que chegaram a mudarem de cidade após serem procuradas, pelas equipes de profissionais do município, na tentativa de sensibilizá-los. Por outro lado, inúmeras experiências nos mostraram que, mesmo em face daquela negativa inicial, nem sempre aquele seria o cenário que iria se manter. Fruto de um intenso processo de sensibilização e abordagens respeitadas aos familiares, conseguimos desconstruir grande resistência e viabilizar a reaproximação destes com os pacientes.

De maneira bastante didática, acontecia mais ou menos assim: em uma primeira abordagem, a família informava que não queria contato com aquele paciente e que negava-se a recebê-lo de volta em casa. Em em uma segunda abordagem, ela já se colocava à disposição para compreender melhor o cenário. Em um terceiro momento, apresentava abertura para a possibilidade de realizar uma visita ao paciente no Manicômio Judiciário. Rapidamente, articulamos com os municípios as condições necessárias para viabilizar a realização dessa visita e os recepcionamos no IPGSG quando de sua vinda. Naquele momento, muitas transformações aconteceram. É impossível quantificar quantos laços se refizeram a partir desse reencontro. Pude ver famílias abraçando-se e acolhendo-se, resgatando seus vínculos e abrindo-se para um novo caminho.

Ficou nítido que, em muitas ocasiões, os familiares estavam (re)conhecendo os pacientes. Muitos ficaram absolutamente surpresos ao vê-los, e compreenderam que, aquelas pessoas não se tratavam de loucos criminosos, mas sim, que eram seus próprios familiares, seus filhos, netos, irmãos, pessoas com necessidades de cuidado em saúde mental, que com o devido apoio, poderiam seguir uma vida em comum naturalmente.

Com todo esse trabalho, conseguimos alcançar o nosso maior feito: a efetiva desinstitucionalização dos pacientes do Manicômio Judiciário cearense. Apresento, abaixo, um quadro que demonstra o quantitativo de pacientes

desinstitucionalizados dentro do processo de trabalho desenvolvido pela Equipe EAP.

Quadro 4 - Demonstrativo das desinstitucionalizações efetivadas pela atuação da Equipe EAP

Ano	Número de pacientes	Modalidade de acolhimento
2020	01	01 - Acolhimento familiar
2021	06	05 - Acolhimento familiar 01 - Residência Terapêutica
2022	17	16 - Acolhimento Familiar 01 - Instituição de Longa Permanência para Idosos
2023	12	11 - Acolhimento Familiar 01 - Instituição de Longa Permanência para Idosos
2024	65	30 - Acolhimento Familiar 27 - Residência Terapêutica 01 - Instituição de Longa Permanência para Idosos 07 - Leitos Hospitalares de Saúde Mental
TOTAL	101	63 - Acolhimento Familiar 28 - Residência Terapêutica 03 - Instituição de Longa Permanência para Idosos 07 - Leitos Hospitalares de Saúde Mental

Fonte: Quadro adaptado pelo autor.

O alcance dessa meta da desinstitucionalização de todos os pacientes que encontravam-se presos no IPGSG, permitiu ao Estado do Ceará, honrar o compromisso com o fechamento total do Manicômio Judiciário, dentro dos prazos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Justiça. Conforme já mencionado neste estudo, o encerramento das atividades daquele estabelecimento se deu em outubro de 2024.

Evidenciado pelos números expostos no quadro acima, o trabalho desenvolvido no Estado do Ceará revelou-se impactante, admirável e inspirador. Impactante, pelo fato de alcançarmos uma marca numérica impressionante, dentro do cenário considerado como o mais difícil e complexo: garantir a reinserção dos pacientes no contexto familiar e comunitário. Dos 101 pacientes desinstitucionalizados, 63 deles retornaram para seus territórios, para viver no espaço das cidades, acolhidos na casa de suas famílias ou residindo, autonomamente, em suas próprias casas com o apoio dos parentes, exercendo a

perspectiva do cuidado em liberdade. Alguns destes, inclusive, foram acolhidos por familiares em outros estados, sendo 4 pacientes. Demonstrando que não há barreiras geográficas para construir caminhos de cuidado e amparo.

Ressalto que, 07 pacientes foram encaminhados para leitos hospitalares de saúde mental, visto que o quadro de saúde por eles apresentado exigia, naquele momento, um tratamento mais aproximado, intenso, com condutas hospitalares.

Apenas 3 pacientes foram encaminhados para Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), por tratarem-se de pessoas idosas, sem vínculos familiares. Outros 28 foram inseridos em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), sendo que, 24 foram acolhidos em dois serviços implementados pela SESA, em compromisso com o fechamento do Manicômio Judiciário, e apenas 04 tiveram vagas disponibilizadas neste tipo de serviço sob gestão do município de Fortaleza.

É importante destacar que, a ausência de vagas em SRT, foi um expressivo problema com o qual nos deparamos ao tentar buscar possibilidades de acolhimento aos pacientes em processo de desinstitucionalização. Naquele momento, só haviam 6 SRT em todo o estado, sendo 1 no município de Sobral, 1 em Iguatu, 1 na cidade de Icó e 3 no município de Fortaleza. Todos esses serviços afirmavam que encontravam-se com capacidade máxima de ocupação, não havendo vagas disponíveis para o ingresso de novos moradores. Esse cenário apresentou uma forte barreira para a conquista de avanços no processo de desinstitucionalização de forma mais rápida, abreviando o sofrimento e espera dos pacientes.

Embora esses sejam serviços que, por orientação do Ministério da Saúde, devem ser implementados em caráter de gestão municipal, o Governo do Estado do Ceará, por meio da SESA e a partir do amplo esforço da Coordenadora de Políticas de Saúde Mental, Rane Félix, tomou para si o compromisso de viabilizar a implantação de 02 (duas) Residências Terapêuticas, de gestão estadual, ambas localizadas no município de Fortaleza. Foi uma iniciativa de extrema relevância no sentido da garantia de direitos das pessoas egressas do Manicômio Judiciário.

Contudo, ao passo que faço esse reconhecimento, torna-se necessário tecer uma indispensável crítica: a omissão da gestão do município de Fortaleza em implementar novas SRT. Essa revelou-se ser uma ação urgente e extremamente necessária, a fim de atender a ampla demanda represada de acolhimento aos

munícipes de Fortaleza que viviam, há anos, institucionalizados no Manicômio Judiciário e, até mesmo, em Hospitais Psiquiátricos na capital.

O Ministério Público do Estado do Ceará firmou, junto à Prefeitura do Município de Fortaleza, um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), no ano de 2017. Esse procedimento determinava a implantação de novas 4 (quatro) Residências Terapêuticas, com os seguintes prazos a serem cumpridos: as primeira, segunda e terceira até julho de 2018 e a quarta até julho de 2019 (Mascarenhas, 2024).

Busco Mascarenhas (2024) para assegurar minhas ponderações. Note, a gestão exercida no período de 2005 - 2012 (Luizianne Lins) contemplou Fortaleza com 3 (três) Serviços Residenciais Terapêuticos. Doze anos se passaram, durante esse período dois gestores assumiram o comando do município, Roberto Cláudio (2013-2020) e José Sarto (2021-2024), e a Rede de Atenção Psicossocial da cidade de Fortaleza permanece contando com as mesmas 03 (três) SRT deixadas na gestão de Luizianne Lins.

Mesmo em face das adversidades, seguiu-se construindo a retaguarda necessária para o devido acompanhamento dos pacientes em processo de desinstitucionalização. Através de uma ampla articulação com as redes de saúde e assistência social dos municípios, estabeleceram-se compromissos institucionais a serem honrados no cotidiano do cuidado aos pacientes, independente de quais fossem as suas modalidades de acolhimento: familiar, SRT ou ILPI. Para todos os pacientes foram construídos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), com o apoio e articulação da Equipe EAP. Projetos esses que traçam os caminhos do cuidado desses pacientes dentro das redes dos territórios. E que segue sendo acompanhado pela Equipe EAP, na garantia do seu pleno cumprimento.

Com esse cenário, o Ceará tornou-se referência nacional na implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, através do reconhecimento público por toda a trajetória de trabalho desenvolvida e pelos feitos cotidianamente evidenciados. Sem dúvidas, o fechamento do Manicômio Judiciário foi o mais expressivo desses avanços, posto que o Ceará passou a ocupar o lugar de destaque como sendo o primeiro e único estado do país a conseguir efetivar tal feito, sob à luz da Resolução CNJ nº487/2023 e cumprindo os prazos estabelecidos. O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e o Ministério da Saúde, por exemplo, são instâncias que vêm recomendando a experiência do Ceará como modelo para os demais estados.

Como já pôde ficar nítido, o papel desempenhado pela Equipe EAP foi aspecto fundante para o alcance dessa notabilidade. E isso foi amplamente reconhecido dentro do Estado do Ceará. O Tribunal de Justiça do Estado do Ceará (TJCE) publicou mensagem à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) em agradecimento, parabenização e reconhecimento ao trabalho executado pela Equipe EAP. A própria SESA, por meio de sua gestora, a Secretária da Saúde Dra. Tânia Mara Coelho, dos Secretários Executivo Dr. Lauro Perdigão e Ícaro Tavares Borges, expressaram, em inúmeras ocasiões, seu contentamento e reconhecimento às contribuições da equipe. Destaca-se, inclusive, o amplo apoio que a Equipe EAP encontrou nestas figuras para sua expansão e desenvolvimento de suas ações. Notadamente, do Sr. Ícaro Tavares Borges, à época, Superintendente da Região de Saúde de Fortaleza (SRFOR), estrutura da SESA na qual a Equipe EAP encontrava-se inserida, junto a Área Técnica da Saúde Prisional.

Outra figura de referência, que também merece destaque, é a Coordenadora de Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (COPOM) da SESA, a Sra. Rane Félix. Nome conhecido em todo o estado em âmbito nacional, Rane reconheceu em nós a potência criativa, inventiva e combativa para trilhar esse caminho pela desinstitucionalização do Manicômio Judiciário. Ao mesmo passo, com ela pudemos ter grandes ensinamentos sobre as peculiaridades do cuidado em saúde mental, de forma a nos mostrar cenários que, por vezes, podem passar despercebidos.

O reconhecimento também veio por parte das equipes técnicas dos municípios que, ao compreenderem a importância dessa agenda de trabalho, visualizaram a Equipe EAP como uma instância de suporte aos municípios e um elemento orientador. Também registra-se o reconhecimento advindo do coletivo que compõe o CEIMPA. As diversas instituições e coletivos com assento neste comitê, expressaram sua congratulação. Entretanto, é necessário dizer que, a integração da Equipe EAP ao CEIMPA, foi aspecto potencializador para o sucesso das iniciativas adotadas no Ceará.

Em reverência à potência indutora de ações decisivas que o CEIMPA teve, é necessário registrar as grandes contribuições de alguns atores estratégicos: Dra. Luciana Teixeira, juíza da 2º Vara de Execuções Penais da Comarca de Fortaleza, a Sra. Lucia Bertini, representando o Conselho Nacional de Justiça na época, mas sendo figura há tempos presente na trajetória histórica de lutas pelo

cuidado em liberdade às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Ceará, e a notável estudiosa e militante Lirian Mascarenhas, presente no comitê representando o âmbito das instituições de ensino superior, mas que, na verdade, representa grande parte do combustível que essa pauta teve para que pudesse deixar de ser apenas um projeto e se tornar uma realidade. Referência na luta antimanicomial no Ceará, Lirian foi peça fundamental para nos apontar caminhos e nos potencializar a alcançar nossos feitos.

Contudo, a experiência desenvolvida pela Equipe EAP do Ceará ultrapassou as fronteiras do estado, e alcançou todo o país. Passamos a ser referência para o CNJ acerca da implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Por diversas vezes este órgão tem recomendado, às equipes do Poder Judiciário de outros estados, que dialoguem com a Equipe EAP do Ceará, para conhecer nossos processos de trabalho e nossas experiências. Exemplo marcante disso, foi o convite recebido para visita institucional e composição da programação de um processo formativo realizado pelo Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas (TJAM), ocasião em que eu e Lirian Mascarenhas estivemos, presencialmente, contribuindo.

Do mesmo modo se processo com relação ao Ministério da Saúde que tem apontado a Equipe EAP do Ceará como modelo na implementação de ações eficientes e resolutivas para a promoção da plena desinstitucionalização do Manicômio Judiciário, da reconstrução de laços familiares e comunitários, de estabelecimento de fluxos potentes de diálogo interinstitucional e de procedimentos para a garantia do seguimento do cuidado em saúde mental às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

Essa notabilidade já me levou a realizar encontros formativos com Equipes EAP - instituídas ou em processo de implantação - de 10 estados do país, sendo eles: São Paulo, Espírito Santo; Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Bahia, Alagoas, Rio Grande do Norte; Tocantins, Amazonas, Rondônia. A cada novo diálogo interestadual, a capilaridade da atuação da Equipe EAP Ceará se expande e nossas experiências ficam mais em evidência.

Embora o reconhecimento acerca do trabalho executado seja algo positivo e incentivador, é necessário compreender que a Política Antimanicomial do Poder Judiciário segue em processo de implantação e que há muito trabalho a ser desenvolvido. O fechamento do IPGSG foi uma importante conquista e representa o

encerramento de uma fase essencial desse processo que, muitos estados, ainda não conseguiram alcançar. Porém, há novos cenários e fases na implantação da política que demandam a atuação da Equipe EAP Ceará.

Atualmente, a equipe está constituída por 6 profissionais de atuação direta e contínua, sendo estes: 1 assistente social, que sou eu; 1 médico psiquiatra, o Dr. Matheus Veras; 2 enfermeiras, Sonnara Bitu e Luciana Maria; e 2 psicólogas, Ana Cristina e Isadora Lopes. Sendo esta última aquela mesma psicóloga a qual fiz referência ao falar das minhas primeiras aproximações com o Manicômio Judiciário. Atualmente, ela encontra-se compondo a Equipe EAP Ceará, vivenciando um outro lado e momento dessa história. E, do mesmo modo que foi lá atrás, ela segue sendo um elo imprescindível entre a equipe e a história de cada paciente em acompanhamento.

Hoje a equipe atua no acompanhamento longitudinal e sistemático dos pacientes egressos do Manicômio Judiciário, sejam os que retornaram para o convívio familiar e comunitário em seus territórios de origem ou aqueles que foram direcionados para serviços de acolhimento e residencialidade. Essa atuação, tem por objetivo primordial, garantir que os pacientes sigam inseridos nos serviços, programas e projetos das mais diversas políticas públicas presentes nos municípios.

Além disso, tem sido desenvolvido um trabalho de triagem básica em saúde mental na porta de entrada do sistema prisional, ou seja, nas Varas de Audiência de Custódia. Atualmente, de maneira presencial, esse trabalho só acontece no município de Fortaleza, por meio da presença diária de uma profissional atendendo os custodiados, em sua passagem pela Audiência de Custódia, apresentam alguma demanda relacionada ao cuidado em saúde mental. Assim como, esse trabalho se expande para a instrumentalização e orientação técnica às/aos magistradas/magistrados quanto ao melhor direcionamento terapêutico a ser adotado àquela pessoa.

Outra vertente de atuação que vem sendo desempenhada pela Equipe EAP Ceará que merece destaque são as Avaliações Biopsicossociais das pessoas privadas de liberdade que apresentem demandas relacionadas à sua saúde mental, e que sejam identificadas como relevantes para o curso processual de sua situação jurídica. Nesses casos, as/os juízas/juízes solicitam formalmente à equipe a realização dessa avaliação, que é complexa e composta por diversas etapas e procedimentos. O objetivo central dessa atividade é fornecer subsídios técnicos para

o poder judiciário, de modo a instrumentalizá-los acerca da medida terapêutica mais indicada à ser aplicada para aquela pessoa.

No momento, a Equipe EAP Ceará ainda aguarda a habilitação de seu serviço pelo Ministério da Saúde, situação que acarretará o recebimento de um recurso de custeio que fomentará a expansão das ações desta. Até o momento, este serviço segue sendo executado sob custeio integral com recursos do Governo do Estado do Ceará, por meio da SESA.

Por ainda encontrar-se em estágio de implementação, a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, segue exigindo esforços coletivos, no horizonte de coibir novas formas de manicomialização das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Há alguns desafios que seguem vigentes, nesse sentido. Dentre eles: a sensibilização de gestores e profissionais, sejam da política pública de saúde e da assistência social, na perspectiva de compreenderem o seu papel diante desta pauta e de despir-se dos estigmas que carregam acerca do público em questão.

No âmbito do Poder Judiciário também persistem alguns pontos sensíveis, sobretudo no que diz respeito à adoção de posturas e tomadas de decisão que estejam plenamente coerentes com os princípios que regem a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, onde deve-se ressaltar o direcionamento ao tratamento ambulatorial, ou seja, o cuidado em liberdade, ao invés de se insistir em determinações de internações, reforçando a atribuição de um caráter estigmatizante e manicomial às pessoas com transtorno mental.

O cotidiano de trabalho da Equipe EAP Ceará é diverso e intenso. Novas demandas se desenham, novos cenários se desdobram, mas o horizonte de atuação segue sendo o mesmo: garantir o cuidado em liberdade, a devida assistência em saúde e o acesso aos direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

5.4 Sim, é possível um Ceará sem Manicômio Judiciário: relatos de histórias, recomeços e perspectivas de futuro

Como foi possível verificar no tópico acima, um longo caminho, constituído de muitas ações, foi percorrido. O objetivo principal, foi alcançado: os pacientes institucionalizados no Manicômio Judiciário saíram daquele espaço e alcançaram a

oportunidade de trilhar caminhos para a reconstrução de suas vidas. Neste último tópico do presente estudo, apresentarei fragmentos das histórias de alguns destes.

Adentrar os muros do Manicômio Judiciário não foi algo simples. Os altos muros, as robustas grades, os procedimentos de segurança, o prédio velho e descuidado, os cenários de insalubridade, tudo tornava aquela uma vivência complexa. Mas, adentrar nas histórias de vida de todas aquelas pessoas, essa sim, foi uma experiência verdadeiramente difícil e marcante de se viver. Ler sobre suas trajetórias e ouvir os relatos das profissionais do Manicômio Judiciário já era algo intenso. Porém, estar diante daqueles pacientes e ver nos olhos de cada uma deles as marcas do sofrimento de se viver aprisionado em um manicômio judiciário era, por vezes, devastador.

Nesse aspecto, retomo as idéias de Foucault (2000), ao utilizar o termo "vidas infames" para se referir a indivíduos comuns, geralmente pobres, considerados loucos, hereges ou desviantes, cujas vidas foram notabilizadas não por sua relevância social, mas porque foram capturadas pelo poder, especialmente por instituições como a justiça, a medicina e a polícia. Ou seja, são pessoas que não deixaram registros de sua vida por vontade própria, mas porque suas existências se tornaram visíveis ao serem perseguidas, presas ou classificadas.

Impossível não ser atravessado por tantas falas de clamor pela liberdade. Ao ir até as alas, me aproximava das grades e, instantaneamente, vários dos internos vinham ao meu encontro, amontoando-se e, todos ao mesmo tempo, disparando os seus questionamentos: "Você é o Davi?", "O senhor é da EAP?", "Quando eu vou sair daqui?", "Você vai pra dar minha soltura?", "Eu já tô aqui há tempo demais!", "Ei EAP, você fala com o juiz pra me deixar sair?", "Eu já recebi minha desinternação e ainda não saí daqui", "O senhor conseguiu achar minha família?", "A minha família me aceita?".

Sentar e conversar com essas pessoas sempre foi, ao mesmo tempo, uma experiência rica. Era possível identificar as vulnerabilidades sociofamiliares, fragilidades emocionais, traumas de acontecimentos dolorosos e sequelas do aprisionamento no Manicômio Judiciário. Ouvi coisas como: "Eu morava na zona rural, não tinha comida, bebia água barrenta do rio, não tinha condições de tratar da minha cabeça", "Senhor, eu só sei me sentir muito triste todo dia aqui", "Eu não consigo lembrar do que eu fiz, só soube porque me contaram depois, se eu pudesse eu não teria feito aquilo", "Eu não consigo mais nem lembrar como é lá fora".

Por outro lado, também identificava-se facilmente talentos potentes, capacidades criativas extraordinárias, memórias afetivas, combustível de fé e perspectivas de futuro. Pude ouvir frases do tipo: “Posso cantar uma música pro senhor?”, “Olha, fui eu que fiz esse artesanato”, “Eu tenho saudade é do açude que eu ia e dos peixes que eu pescava”, “Todo dia eu rezo pra Deus pra chegar logo a minha vez de sair daqui”, “Quando eu sair eu quero é ter minha casa e voltar a trabalhar. Se der, arrumar uma mulher pra me fazer companhia”.

Estar, cotidianamente, em contato com essas histórias, era um convite para transcender as barreiras de um mundo de aparências, estigmas e noções pré concebidas. Era entender o óbvio: por detrás de cada diagnóstico e cada artigo penal, estava um ser humano dotado de potências, virtudes e histórias de vida. Foi inevitavelmente emocionante ver de perto aquelas pessoas deixando para trás os muros do manicômio, abraçando suas vidas de volta e dando novos contornos às suas histórias, ao passo em que as robustas grades do IPGSG fechavam-se de vez, encerrando um capítulo perverso da nossa história. Ilustrando esse cenário, apresento a seguir, fragmentos das histórias de alguns pacientes.

O Sr. F.E.D deu entrada no IPGSG no dia 04 de setembro de 2015. Cinco anos depois, em 15/12/2020, deixa para trás as paredes do Manicômio Judiciário e se reconecta consigo mesmo. Ele foi o primeiro paciente que eu assisti sair daquele lugar de maneira definitiva. Ele foi direcionado para o acolhimento familiar e comunitário, em uma cidade do interior do Estado do Amazonas chamada São Gabriel da Cachoeira onde, para chegar lá, foi preciso navegar em um barco, pelas águas do Rio Negro, durante três dias. Penso não ter sido difícil para ele, afinal, o que representavam esses três dias, para alguém que já estava há dois anos juridicamente livre, porém, encontrava-se ainda preso no manicômio?

O Sr. L.C.M.S, 51 anos, ingressou naquele estabelecimento no ano de 1992. Em 2004 a justiça lhe concedeu a ordem de desinternação. Porém, ainda permaneceu no IPGSG, preso ilegalmente, por mais 17 anos. Ao longo desse período, o paciente apresentou grave comprometimento cognitivo, perdendo sua capacidade de se comunicar verbalmente. Algumas vezes, expressava-se por mensagens escritas. Uma dessas mensagens está descrita na obra de Mascarenhas (2024), ocasião em que o paciente, ao referir-se sobre a perspectiva da sua desinternação, escreveu: “Eu pretendo ir pra casa, venci a falsa morte desse lugar.” Percebe-se que, mesmo em face de suas limitações, ele conseguia compreender

muito melhor do que grande parte da sociedade que estar no Manicômio Judiciário era um tipo de morte. Infelizmente, a vontade daquele paciente não se cumpriu integralmente. Ele não conseguiu voltar para casa, mas foi acolhido em uma Residência Terapêutica no ano de 2021.

O Sr. A.P.S., 72 anos, deu entrada no manicômio no ano de 2013. Em 2017 sua desinternação foi expedida pelo Poder Judiciário. Durante o tempo que permaneceu institucionalizado nunca recebeu visita de familiares. Foi abandonado por um mundo que o considerou perigoso. Contudo, o histórico de exames, relatórios sociais e relato das profissionais da unidade sempre deram conta de seu bom relacionamento com todos, posturas de ampla cooperação, total ausência de comportamentos agressivos, facilitada adesão ao tratamento e ampla capacidade e disposição para o trabalho. Inúmeras vezes pude o encontrar tentando ajudar em atividades de limpeza e organização, voluntariamente. Mesmo assim, ele permaneceu naquela instituição por 9 (nove) anos. Um de seus maiores desejos, quando de sua saída, era poder retomar seu trabalho na agricultura. Não foi possível alcançar esse objetivo, pois o paciente não conseguiu retornar ao convívio da família. Foi acolhido em uma ILPI. Lá ele é muito querido por todos, faz questão de ajudar nas tarefas de conservação da casa e dedica-se a cuidar com zelo e afeto do jardim. Sua marca registrada é o rádio, que não sai do seu lado.

O Sr. F.C.S, 38 anos, chegou ao Manicômio Judiciário em 2019. Jovem e muito criativo, facilmente conquistou o afeto de todos, com sua aptidão para a música, seja por meio do canto ou no manuseio de instrumentos. Ele sempre tinha uma música para nos presentear ou tocar, simulando algum instrumento. Depois de 4 (quatro) anos institucionalizado, ele conseguiu retornar para o convívio familiar e comunitário. Hoje segue seu acompanhamento na RAPS do município de Sobral, alcançando belos avanços na reconstrução de sua autonomia. Depois de sua desinstitucionalização, tive a oportunidade de encontrá-lo em virtude de uma agenda de trabalho realizada no município de Sobral. Sua irreverência que preenche o ambiente continuava a mesma, porém mais arejada pelos ares da autonomia da vida cotidiana. Como de costume, ele nos ofereceu uma música. Acabou cantando três: duas em português e uma em inglês. Claro, um inglês inventado dentro de sua capacidade criativa. Porém, embora não fosse possível compreender as palavras que ele estava cantando naquela simulação da língua estrangeira, a grande

mensagem que ele tentava passar ficou bem nítida: o sabor da liberdade é intraduzível.

O Sr. F.R.F, 25 anos, ingressou no IPGSG em 2022 e foi desinstitucionalizado em 2023. Embora tenha permanecido pouco tempo na instituição, esse caso destacou-se para mim, ao ilustrar o quanto o ambiente manicomial é capaz de tirar a jovialidade e o vigor de uma pessoa e deteriorar o seu corpo. Encontrei esse paciente em um cenário de magreza, semblante abatido e pouco comunicativo. A construção das estratégias para a sua desinstitucionalização foram bastante peculiares, visto que seu município de origem não possuía CAPS e tinha uma rede de saúde bastante incipiente. No entanto, encontramos no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) do território a potência transformadora dos caminhos daquele paciente, sobretudo por meio de um fantástico psicólogo que se configurou como peça fundamental. Aquele profissional compreendeu que, às vezes, tudo que uma pessoa precisa é ser lembrada que ela pode ir muito além. E, ao abraçar essa luta, ele proporcionou que o paciente cuidasse de si, recuperasse a sua auto estima, retomasse os estudos e vislumbresse trilhas para o seu futuro. Em meio a um salão todo ambientado para as boas vindas do paciente e com uma mesa de café da manhã farta, articulado pelo psicólogo citado, promovemos o acolhimento do paciente de volta para o seu espaço de origem. Na ocasião ouvi: “Muito obrigada por você devolver meu filho”, essas foram as palavras de sua mãe ao dirigir-se à mim. Do paciente, ouvi as palavras silenciosas do seu olhar de contentamento por estar ali. De lá até aqui, fruto do acompanhamento realizado aos pacientes egressos, sigo tendo notícias sistemáticas sobre ele, inclusive com fotos. Hoje, ele encontra-se estudando, finalizando o ensino médio, é considerado um dos melhores alunos em física e matemática da escola, já traça planos concretos para alcançar seu objetivo de ingressar em uma universidade pública, segue cumprindo fielmente o seu acompanhamento em saúde mental e teve sua aparência estética totalmente renovada. Certamente porque, diante de seus olhos, a vida também se renovou.

O Sr. A.P.R.A, 34 anos, foi institucionalizado no Manicômio Judiciário no ano de 2017. Em um primeiro momento, a sua saída da instituição parecia uma realidade pouco provável. Sua família era fortemente resistente à possibilidade de acolhê-lo. Os esforços cotidianos de sensibilização e esclarecimento à família, permitiu que esta aceitasse ir ao IPGSG para fazer uma visita, mas sem compromisso algum de assumir a responsabilidade de tirá-lo de lá. Inicialmente

hostis e desacreditados nas estratégias que os apresentamos junto com a equipe do município, logo no momento seguinte transformaram essa realidade em abraços, sorrisos e lágrimas de um emocionante reencontro entre aqueles que, mesmo em face dos delicados acontecimentos da vida, nunca haviam deixado de se amar. Assim, aquela visita que anunciava-se como infrutífera, findou com a pactuação do retorno do paciente para o convívio da família dali há poucos dias. Como de costume, acompanhei a chegada do paciente ao município. Um lindo momento de acolhimento, organizado pela Equipe E-Multi daquele território que, na época, sequer contava com um CAPS em sua rede. Aquela foi a desinstitucionalização em que eu registrei o maior número de pessoas presente. A cada instante chegavam irmãs/irmãos, tias/tios, primas/primos, sobrinhas/sobrinhos e vizinhos com os quais havia vínculo. Ou seja, efetivamente, acontecia ali a reinserção familiar e comunitária. Aquele momento aconteceu às margens de uma lagoa de águas cristalinas. A equipe local assim preferiu fazer, como que para sinalizar ao paciente que, muito além da beleza natural daquela cidade (internacionalmente conhecida como uma das praias mais bonitas do mundo), a beleza do cuidado em liberdade estava lhe esperando.

O Sr. J.C.M.S chegou ao IPGSG em 2015. Até o ano de 2021 o paciente permaneceu sem receber nenhuma visita e não havia notícias acerca de seus familiares. Por ironia do destino, ao ser encaminhado para uma consulta em uma unidade hospitalar fora do sistema prisional, ele foi reconhecido no corredor daquele estabelecimento, por uma pessoa que identificou-se como sua prima. A partir de então, um novo cenário desenhou-se na vida daquele interno. Descobriu-se que sua família não sabia o paradeiro dele e, por isso, nunca havia ido lhe visitar. Tratava-se de uma família em situação de grande vulnerabilidade social. Sua tia, já cadeirante, foi a pessoa que decidiu acolhê-lo e ofertar o apoio necessário para garantir o seu cuidado em saúde mental. Em 2024, o paciente retornou para seu território de origem.

O Sr. P.C.P.R, 60 anos, ingressou no IPGSG no ano de 2012. As tentativas de promover a sua desinstitucionalização já transcorreram desde 2019, quando o Poder Judiciário determinou a sua desinternação. Entretanto, a família do paciente sempre apresentou forte recusa em recebê-lo de voltar ao convívio familiar. Durante os 12 (doze) anos em que esteve institucionalizado, sempre expressou, veementemente, o seu desejo por liberdade. Infelizmente, P.C.P.R. não teve a

chance de passar seus últimos dias em liberdade. Morreu em 2024, dentro do Manicômio Judiciário. Esse acontecimento atravessou-me com profunda tristeza e indignação pois, tanto por falta de acolhimento da família como por omissão da gestão do seu município de procedência, ao não disponibilizar Serviços Residenciais Terapêuticos, um homem foi condenado a morrer sem ter a oportunidade de alcançar a tão sonhada liberdade. Ao saber da notícia de seu falecimento, só consegui pensar em uma única coisa: o quando era perverso o fato de que, as últimas imagens que os olhos daquele homem registram ao despedir-se da vida foram enormes paredes e grades de uma unidade prisional.

Por fim, o Sr. A.W.S, 46 anos, chegou ao Manicômio Judiciário em 2017. Em decorrência de seu quadro de saúde mental, esse singular paciente tinha um comportamento infantilizado, portava-se como se criança fosse. De alguma forma era. Apelidado de “bebê” por profissionais da unidade e demais pacientes, ele conquistou o afeto e proteção de todos. Sua presença marcante não passava despercebida, de forma alguma. Ouvia-se sua voz de longe. Ao chegar perto dele, certamente, haveria um grande diálogo, pois seu ímpeto comunicativo era incansável. Irreverente, divertido e afetuoso, ao encontrá-lo ele dizia: “Ei, sou eu aqui, o bebê. Vem aqui, Prazer, meu nome é A.W.S”. Mas, sua mentalidade infantil não lhe tirava a capacidade de compreender que aquele não era um lugar em que ele queria estar, ao passo em que ele sempre perguntava: “Quando é que o A. vai sair daqui?”. Na impossibilidade de seu retorno familiar, construímos um cuidadoso processo de desinstitucionalização para ele, direcionando-o à um SRT. Os pacientes que ainda permaneceram no IPGSG depois que ele saiu sentiram sua falta. Já os profissionais e demais moradores da Residência Terapêutica onde ele foi morar, agradeceram por ele chegar. “Ele mudou tudo por aqui, a casa ganhou mais vida”, disse à mim uma das cuidadoras do SRT.

Se possível fosse, eu discoria fragmentos marcantes sobre cada um dos 101 pacientes desinstitucionalizados do Manicômio Judiciário cearense. As nuances de cada história e seus desdobramentos é emocionante e nos enche de possibilidades de “sim”, diante de cenários que, não poucas vezes, nos gritam um sonoro “não”.

Ao olhar para trás e ver o arcabouço teórico edificado por notáveis mãos, as árduas lutas engendradas por braços fortes de pessoas e coletivos em movimento, a formatação de ideias que vieram a consolidar-se em importantes

instrumentos normativos, a convergência de equipes profissionais e militantes comprometidas com a defesa da dignidade humana, o potente direcionamento de ações efetivas para a concretização de metas nobres e a teimosia típica do povo cearense de insistir e nunca desistir, penso que consigo responder a indagação que Mascarenhas (2021) nos apresentou: sim, é possível um Ceará sem Manicômio Judiciário.

6 CONSIDERAÇÕES

Inicialmente, compete-me destacar, à luz das ideias difundidas por Norberto Bobbio (2004), que ter uma legislação formalmente estabelecida e divulgada não é suficiente para promover a transformação de uma realidade social, especialmente quando essa mudança envolve a reconfiguração de paradigmas profundamente enraizados na sociedade e em suas instituições. É necessária uma mudança cultural.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica, materializado através da Lei nº 10.216/2001, há décadas em disputa e em processo de implementação, nos mostra que esta é uma luta que ainda não findou, é um processo inacabado, que requer permanente vigilância para que os avanços já conquistados não sejam usurpados. Mais do que isso, requer que se prossiga avançando no horizonte de conquistar novas garantias, ou mesmo o efetivo cumprimento de garantias legais há já décadas previstas.

As pessoas com transtornos mentais ou deficiências psicossociais, embora estejam protegidas legalmente pelo Estado Democrático de Direito, cuja base fundamental é a dignidade humana, historicamente tem sido alvo de silenciamento, segregação e invisibilidade.

O Brasil, nesse contexto, apresenta um histórico de violações sistemáticas de seus direitos. Em instituições como os Manicômios Judiciários, práticas como o isolamento compulsório, medicalização excessiva e prolongada, ausência de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), falta de escuta e de espaços para expressão, como as audiências judiciais, que garantiriam seu direito de voz continuam a ser comuns, o que resulta na impossibilidade de acesso a tratamento adequado de saúde (Brasil, 2023).

A Política Antimanicomial do Poder Judiciário, instituída pela Resolução nº487/2023 do Conselho Nacional de Justiça - CNJ, emerge nesse cenário, onde espera-se que essa estrutura possa materializar a transformação antimanicomial em direção ao cuidado e tratamento em liberdade, em sintonia com processos de desinstitucionalização que reflitam a participação e autonomia das pessoas que necessitam de atenção à saúde.

Olhando na direção da política pública em debate no presente estudo, devo afirmar que, o principal desafio, portanto, reside na ampla luta pela sua, ou

seja, do seu enraizamento no dia a dia das instituições e da sociedade, dentro de um constante processo de disputa de narrativas e quebra de paradigmas.

A desinstitucionalização, entendida como estratégia primordial na desconstrução das lógicas e práticas estabelecidas (Mascarenhas, 2024), pode perceber, tem se demonstrado essencial para a construção de um cuidado efetivo em saúde mental. Esse processo envolve, inicialmente, a superação dos modelos manicomial, o que requer a ampliação e fortalecimento das redes de apoio e cuidado, em uma atuação interinstitucional. Ou seja, pautamos a desinstitucionalização que possa repercutir em reparações efetivas, de ordem material e na saúde física e psíquica das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei (Brasil, 2023).

No entanto, consegui identificar que, mesmo quando a intersetorialidade, em seu caráter interinstitucional, é amplamente aceita e estabelecida como diretriz, como ocorre na política pública em estudo, com a adesão de diversos atores, é comum que surjam dificuldades na sua implantação, especialmente em contextos marcados por relações de poder e juízos de valor, como é o caso da pauta que tratamos.

A literatura que trabalha a Reforma Psiquiátrica já é amplamente difundida, contudo ainda é bastante incipiente estudos com enfoque na especificidade da vulnerabilidade das pessoas com transtornos mentais e sua relação com a privação de liberdade. Mesmo havendo um papel central na discussão acerca do acesso das pessoas privadas de liberdade ao sistema de saúde, é ainda pouco analisada, do ponto de vista acadêmico, o público que aqui trazemos como foco.

Assim, analisar tais questões, servindo-me, por primazia, das experiências concretas engendradas no âmbito da agenda de trabalho em prol do fechamento do Instituto Psiquiátrico Governador Stenio Gomes (IPGSG), o Manicômio Judiciário cearense, levando em consideração concepções e relatos constituídos a partir do meu olhar investigativo, enquanto figura ativamente participante desse processo, demonstrou-se um exercício necessário e coerente no sentido de percorrer uma das possíveis trilhas avaliativas da implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário no Estado do Ceará.

Os esforços para concretizar um Ceará sem Manicômio Judiciário foram árduos. Notabilizou-se que, é por meio de trabalho integrado, de caráter

interinstitucional, que se pode alcançar feitos importantes como esse. Ressaltou-se, ainda, que essa é uma luta que não pode parar, que precisa-se continuar a defender o cuidado em saúde mental em liberdade, a oferta de tratamento qualificado e coerente com as necessidades das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. A integração entre as redes, sobretudo do SUS e do SUAS, ainda seguem sendo um desafio.

É preciso continuar pautando que a saúde mental seja uma prioridade de governo, em todas as suas esferas, de modo que se garanta orçamento condizente, qualificação dos equipamentos públicos da RAPS e profissionais com a qualificação necessária para prestar o melhor cuidado e tratamento às pessoas com necessidades em saúde mental. É preciso questionar que estrutura de cuidado estamos conseguindo ofertar.

Também cabe questionar, em face dos relatos das histórias apresentados, qual é o tipo de liberdade que estamos conseguindo oferecer às pessoas que permaneceram por tantos anos encarceradas em Manicômios Judiciários? Haja vista que, por mais que tenhamos logrado êxito na promoção das suas desinstitucionalizações e no fechamento do estabelecimento manicomial, tais pessoas, por vezes, em virtude da experiência da longa permanência nesse tipo de espaço, saiu de lá com seus corpos mutilados e suas subjetividades comprometidas.

Mascarenhas (2024) ao reportar-se à algumas reflexões, aponta que não há como afirmar se manter uma pessoa por tantos anos dentro do Manicômio Judiciário cearense, sem qualquer sintoma que justifique a sua internação e já tendo, inclusive, o reconhecimento da justiça indicando a sua desinternação, é um crime maior do que um assassinato. Mas, é impossível não reconhecer que trata-se sim de um crime. Corroboro com a visão da mencionada autora, acrescentando que, é preciso olharmo-nos e enxergarmos-nos dentro desse cenário criminoso. Pois, os agentes desse crime fomos nós, todos nós. Foi um crime praticado por toda a sociedade cearense, fomos nós a máquina que produziu o abandono.

Mesmo em face disso, é preciso registrar e celebrar os feitos. Avançamos consideravelmente. Saímos de um lugar de omissão criminosa e agora percorremos em ritmo satisfatório a estrada da defesa dos direitos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Hoje, o Estado do Ceará inscreve-se na história do país como o primeiro e único Estado do país a atender as determinações expressas pela

Resolução nº487/2023, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) - normativa que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Alcançamos essa marca porque o Ceará implementou, dentro do prazo inicialmente estabelecido pela normativa, o processo de desinstitucionalização integral dos pacientes do seu Manicômio Judiciário. Tal fato possibilitou o fechamento total daquele estabelecimento, tratando-se de um feito significativamente importante, histórico, que merece ser ressaltado

Diante de toda a trajetória empreendida pelo Ceará diante dessa pauta, ousou afirmar para todo o país: é possível implantar a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Entretanto, penso que esse não seja um reconhecimento a ser feito com palmas e confetes. Na verdade, estamos cumprindo a tão necessária tarefa de reparar a nossa própria história, de modo que a mesma terra da luz, que um dia condenou Damião Ximenes às sombras do martírio da dor, da tortura e da morte, hoje acende um farol na esperança de iluminar os seus próprios caminhos e, quem sabe, dar pistas de uma nova trilha possível para todo o país.

REFERÊNCIAS

- ABREU, T. P. C. de. *et al.* Acesso das pessoas com deficiência mental aos direitos e garantias previstos na Lei Brasileira de Inclusão por meio do Sistema Único de Assistência Social. **Saúde Em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p. 190–206, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/W3wFYpZGS6cyJhLvYkSQ8C/#>. Acesso em: 20 nov. 2024.
- ADEODATO, Antônio Iara. **A Reforma Psiquiátrica e a reestruturação da assistência**: marco histórico e desafios da política de saúde mental no Brasil e no Ceará. 2018. 31f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Internacional da Lusofonia Afrobrasileira, Redenção, 2018.
- AMADO, J. **Manual de Investigação Qualitativa em Educação**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2017.
- AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.
- AMARANTE, Paulo.; NUNES, Mônica. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 6, p. 2067–2074, 2018.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**: Genocídio 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.
- AROUCA, A. S. *in*: TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma sanitária em busca de uma teoria**. Rio de Janeiro: Abrasco. 1989.
- ASSUNÇÃO, Ada. Á.; LIMA, Eduardo. de P; GUIMARÃES, Mark. D. C. Transtornos mentais e inserção no mercado de trabalho no Brasil: um estudo multicêntrico nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 33, n. 3, p. 166, 2017.
- BAPTISTA, D. M. T. O debate sobre o uso de técnicas qualitativas e quantitativas de pesquisa. *In*: MARTINELLI, M.L. (Org.). **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999.
- BAPTISTA, J. Á. et al. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 73, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>. Acesso em: 12 jan. 2025.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARTOS, M. S. H.. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma reflexão sob a ótica da intersectorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 28, n. 4, p. 1131–1138, 2023.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.08962022>. Acesso em: 11 jan. 2025.

BASAGLIA, Franco. Carta de Nova York: o doente artificial. *In*: AMARANTE, Paulo. (org.). **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p. 151-160.

BATISTA, Alana M. **Narrações, encontros, criações com territórios existenciais: artesanaria de cuidado por práticas desinstitucionalizantes**. 2019. 146f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Programa de Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2019.

BELLONI, Isaura; MAGALHÃES, Heitor de; SOUSA, Luzia Costa de. **Metodologia de avaliação de políticas públicas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

BIRMAN J, Costa JF. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. *In* Amarante, P. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2015. p. 41-72.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: Parte Geral, v. 1, 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2021.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *In*: **Em Tese**: Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC, Florianópolis,] v. 2, n. 1, 2005.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1998.

BRAGA, C. P.. A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 28, n. 4, p. 198–213, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190125>. Acesso em 12 jan. 2025.

BRANCO, Gérica. **O caso Damião Ximenes Lopes e o direito humano à Saúde Mental**. [internet]. Desinstitute, [s.l.], 27 de fevereiro de 2023. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/o-caso-damiao-ximenes-lopes-e-o-direito-humano-a-saude-mental/>. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 3.657/1989**. Brasília: Diário da Câmara dos Deputados, nº 127, de 29 de setembro de 1989. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=>. Acesso em 23 dez. 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. **Manual da política antimanicomial do Poder judiciário**: Resolução CNJ nº 487 de 2023. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. **Resolução nº 487 de 15/02/2023**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2023.

BRASIL. **Relatório Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2024.

BRASIL. **Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001**. Brasília: Ministério Público Federal; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Transtornos mentais podem garantir estabilidade de 12 meses no emprego após alta médica**. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inss/pt-br/noticias/transtornos-mentais-podem-garantir-estabilidade-de-12-meses-no-emprego-apos-alta-medica-2>. Acesso em: 06 dez. 2024.

BRASIL. **Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984**. Dá nova redação à Parte Geral do Código Penal brasileiro. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 1984. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7209.htm. Acesso em: 17 abr. 2025.

BRASIL. **Lei 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília: Diário Oficial da União, 1984.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: Diário Oficial da União, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL. **DATASUS**. Tabnet. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def>. Acesso em: 06 dez. 2024.

BRASIL. **Legislação em Saúde no Sistema Prisional**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas

Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional (org). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (org). 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (org). 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 09 jan. 2025.

BRASIL. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (org). 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 28 dez. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 4.876, de 18 de julho de 2024**. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP-Desinst, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 2024.

BRASIL. **Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014**. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2014.

BRITO Luciana. **Arquivo de um sequestro jurídico-psiquiátrico**: o caso Juvenal. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018

CAETANO, Haroldo. **Loucos por liberdade**: direito penal e loucura. Goiânia: Escolar Editora, 2019.

CAETANO, Haroldo; TEDESCO, S.. Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciais. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 45, n. 128, p. 191–202, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LxBKzNq8wvSwmfSjdb6rq5G/>. Acesso em: 27 dez. 2024.

CAMPOS, F. N.; PANÚNCIO-PINTO, M. P.; SAEKI, T.. Teatro do oprimido: um teatro das emergências sociais e do conhecimento coletivo. **Psicologia & Sociedade**, [s.l.], v. 26, n. 3, p. 552–561, 2014.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal**: Parte Geral, 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2023.

CARRARA, Sérgio Luis. A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1282201000010004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 dez. 2024.

CARRARA, Sérgio Luis. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ. São Paulo: EdUSP, 1998.

CARTA CAPITAL. **Comunidades terapêuticas**: a violência no lugar da cura. [internet]. Reportagem publicada em 30.06.2016. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/comunidades-terapeuticas-a-violencia-no-lugar-da-cura/>. Acesso em: 12 jan. 2025.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil**: o longo Caminho. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CAVALCANTI, Paula Arcoverde. **Sistematizando e comparando os enfoques de avaliação e de análise de políticas públicas**: uma contribuição para a área educacional. 2007. 301 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

CEARÁ. **Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993**. Fortaleza: Diário Oficial do Estado do Ceará, 1993.

CHRISPINO, Alvaro. **Introdução ao estudo das políticas públicas**: uma visão interdisciplinar e contextualizada. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015. Conselho Federal de Psicologia [org.] - Brasília: Editora CFP, 2015

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017**. Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão; Ministério Público Federal (org.). Brasília: Editora CFP, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Tribunais poderão solicitar mais prazo para implementar política antimanicomial**. [internet]. Portal do Conselho Nacional de Justiça. 20 de agosto de 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/tribunais-poderao-solicitar-mais-prazo-para-implementar-politica-antimanicomial/#:~:text=Ele%20acrescentou%20que%20a%20nova,registrou%20Fachin%20em%20sua%20decis%C3%A3o>. Acesso em: 13 jan. 2025.

CORREIA, Ludmila C. Enterrando o Manicômio Judiciário: contribuições da Reforma Psiquiátrica brasileira para a garantia do direito à saúde das pessoas em sofrimento mental autoras de delito. *In*: CORREIA, L. C; PASSOS, R. G. **Dimensão Jurídico**

Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Limites e Possibilidades. Rio de Janeiro: Gramma, 2017, p. 79-107.

COSTA et. al. A reforma psiquiátrica no SUS e um debate sobre a luta por uma sociedade sem manicômios: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [s.l.], v. 6, n. 8, p. 2668 - 2677, 2024. Disponível em: <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/3017/3193>. Acesso em: 24 dez. 2024.

COSTA, A. M. et al.. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: movimento em defesa do direito à saúde. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 44, n. 1, p. 135–141, 2020.

DAMAS, Fernando B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Revista Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, 2013. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/8cu57>. Acesso em: 12 jan. 2025.

DAMIAO JUNIOR, Maddi. Fundamentos do método de Nise da Silveira: clínica, sociedade e criatividade. **Junguiana**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 91-100, 2021. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-08252021000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 dez. 2024.

DAVIS, Angela. **Mulheres, Raça e Classe**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DAVIS, Angela. **Estarão as prisões obsoletas?** Rio de Janeiro: Difel, 2018.

DESINSTITUTE. **Desinstitute:** Por que somos? [internet]. Desinstitute, [s.l.]. 6 de abril de 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/por-que-somos/>. Acesso em: 24 dez. 2024.

DINIZ, Debora **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil:** censo 2011. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2013.

DINIZ, Débora.; BRITO, L. “Eu não sou presa de juízo, não”: Zefinha, a louca perigosa mais antiga do Brasil. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 113-129, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/YchCDPPqfZFgj9m9kwgBpbd/>. Acesso em: 26 dez. 2024.

FARAH, M. F. S.. Análise de políticas públicas no Brasil: de uma prática não nomeada à institucionalização do campo de públicas. **Revista de Administração Pública**, [s.l.], v. 50, n. 6, p. 959–979, 2016.

FELICIO, Guilherme L. **O Direito Penal a Partir de Um Estado Democrático de Direito:** O Legado da Reforma Penal Brasileira de 1984 para a Constituição Federal de 1988. [internet]. Portal Âmbito Jurídico, 8 de julho de 2019. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/o-direito-penal-a-partir-de-um-estado-democratico-de-dir-eito-o-legado-da-reforma-penal-brasileira-de-1984-para-a-constituicao-federal-de-1988/>. Acesso em: 27 dez. 2024.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FOUCAULT, Michel. Vidas infames. In: _____. **Ditos e escritos II: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. p. 223–250.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 73. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GONDIM, L. M. P. O projeto de pesquisa no contexto do processo de construção do conhecimento. In: GONDIM, L. M. P. (Org.) **Pesquisa em Ciências Sociais; o projeto de dissertação de mestrado**. Fortaleza: Edições UFC, 1999. p.17-38.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal: Parte Geral**, 17. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2022.

GUSSI, Alcides Fernando. Apontamentos teórico-metodológicos para a avaliação de programas de microcrédito. **Revista Avaliação de Políticas Públicas (AVAL)**, Fortaleza, ano 1, v. 1, n. 1, p. 29-37, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

JUSTIÇA GLOBAL. **Caso Damião Ximenes Lopes é encerrado por Corte IDH após 17 anos**. [internet]. Justiça Global, 29 de setembro de 2023. Disponível em: <https://www.global.org.br/blog/caso-damiao-ximenes-lobes-e-encerrado-por-corte-idh-apos-17-anos-2/>. Acesso em: 20 nov. 2024.

LAPS. **Centenário de Franco Basaglia**. [internet]. Portal do Memorial da Reforma Psiquiátrica no Brasil - Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS), 20 de junho de 2024. Disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/>. Acesso em: 23 dez. 2024.

LEÃO, A.; BATISTA, A. M. Caminhos e impasses da desinstitucionalização na perspectiva dos trabalhadores em saúde mental da Grande Vitória. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00271>. Acesso em: 12 jan. 2025.

LEJANO, Raul P. **Parâmetros para análise de políticas públicas: a fusão de texto e contexto**. Campinas: Editora Arte Escrita, 2011.

LIBERATO, Mariana T. C. **A dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica: articulando redes para consolidação da estratégia de atenção psicossocial**. 2011. 201 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e

Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/17393>. Acesso em: 12 jan. 2025.

LUDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. A. Métodos de coletas de dados: observação, entrevista e análise documental. *In*: LUDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MADEIRA, Zelma de A. **70 anos de Serviço Social no Brasil**: na perspectiva do reconhecimento dos direitos humanos. Fortaleza: Texto mimeo, 2006.

MAGNANI, José Guilherme C. Quando o campo é a cidade: fazendo antropologia na metrópole. *In*: MAGNANI, José Guilherme C.; TORRES, Lilian de Lucca (Orgs.). **Na metrópole** – textos de antropologia urbana. São Paulo: EDUSP, 1996. p. 1 - 24.

MARCONDES, Nilsen Aparecida Vieira; BRISOLA, Elisa Maria Andrade. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 20, n. 35, 2014.

MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999.

MARX, Karl. **Miséria da filosofia**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MASCARENHAS, Lirian. É possível um Ceará sem Manicômio Judiciário? *In*: BELMINO, Cezar; SOUZA, Luciana T; BORTOLOTTI, Nadja F; PINHEIRO, Humberto (org.). **A loucura do direito**: encontros e desencontros entre os saberes da mente e da lei. Fortaleza: Editora Tribunal de Justiça do Ceará, 2021. p.41-46.

MASCARENHAS, Lirian. **Entre a loucura e o crime**: histórias de vidas infames no Ceará. 1 ed. Fortaleza: Editora do Tribunal de Justiça do Ceará, 2024.

MENDES, R. M.; MISKULIN, R. G. S. A análise de conteúdo como uma metodologia. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 47, n. 165, p. 1044–1066, 2017. Disponível em: <https://publicacoes.fcc.org.br/cp/article/view/3988>. Acesso em: 16 abr. 2025.

MEZZA, Martín; TORRENTÉ, Mônica de Oliveira N. DE. A Reforma Psiquiátrica Brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 44, n. 3, p. 235–249, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Q4GnSk9hmBNnZLNFC3YrfKy/abstract/?lang=pt>. Acesso em 09 jan. 2025.

MIGALHAS. **Há 82 anos o Supremo Tribunal Federal reduziu a pena do assassino de Clarisse Lage Índio do Brasil**. [internet]. Migalhas, [s.l.], 11 de agosto de 2008. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/quentes/66597/ha-82-anos-o-supremo-tribunal-federal-r-eduziu-a-pena-do-assassino-de-clarisse-lage-indio-do-brasil>. Acesso em: 24 dez. 2024.

MINAYO, Maria C. de S (org.). **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, Rita M. P. **Dizem que sou louco: o caso Damião Ximenes e a reforma psiquiátrica em Sobral/CE**. Curitiba: CRV, 2018.

MOURA FÉ, Nilson de. **Evolução da reforma psiquiátrica no Ceará**. In: JORNADA DE SAÚDE MENTAL DE CASCAVEL. Conferência de abertura da III Jornada de Saúde Mental de Cascavel. Texto mimeo. Cascavel, 2004.

NETTO, José P. Introdução ao método da teoria social. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

OLIVEIRA, J. A. M.; RODRIGUES, H. B. C. Uma política de aliança intensiva na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Tempos Gerais**, São João Del Rei, v. 4, n. 2, p. 126-143, 2015. Disponível em: <https://seer.ufsj.edu.br/temposgerais/article/view/1437/1078>. Acesso em: 25 dez. 2024

OLIVEIRA, M. M. de. **Conhecendo alguns tipos de pesquisa**. Como fazer pesquisa qualitativa. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

OLIVEIRA, T. F. de . O materialismo histórico e dialético e pesquisa em educação: considerações metodológicas a partir das obras de Marx. **Germinal: marxismo e educação em debate**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 407–429, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/51832>. Acesso em: 5 dez. 2024.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030**. Ginebra: 2022. Disponível em: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>. Acesso em: 11 jan. 2025.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: 2022. Disponível em: <https://www.sbponline.org.br/arquivos/9789240049338-eng.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2025.

PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível?: representações sociais da loucura e a história de uma experiência**. São Paulo: Jurua, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Depoimento: a danação dos direitos sociais e a saúde, atualidade da questão democrática da saúde. In: Camargo A. T. S. P; Costa, A. M; LOBATO, L. V. C. (org.). **CEBES 40 anos: memórias do futuro**. Rio de Janeiro: Cebes, 2016, p. 383-390.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: edUFBA; Rio de Janeiro: FioCrUz, 2008.

PAUGAM, S. **A Pesquisa Sociológica**. Vozes, Petrópolis, 2015.

PESSOTTI, Isaias. **O Século dos Manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996.

PONTES, P. A. R.; SOUZA, A. M. A. E.; FRAGA, M. DE N. O.. Reforma psiquiátrica no Ceará: tópicos de caracterização dos novos serviços. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 3, p. 297–303, 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/B46CtLvGCdy3VTtYk7b9rSs/?lang=pt>. Acesso em: 23 dez. 2024.

PRADO, A. M.; SCHINDLER, D.. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Revista Direito GV**, [s.l.], v. 13, n. 2, p. 628–652, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/KGgqPYqS3hJqswcJK6PgzvD/>. Acesso em: 27 dez. 2024.

PRADO, Y.; SEVERO, F.; GUERRERO, A.. Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 44, n. 3, p. 250–263, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sNR3QKGwVlt3my3zBLLNFXQ/>. Acesso em: 23 dez. 2024.

ROCHA H. A; REIS I. A; SANTOS M. A. C; MELO A. P. S; CHERCHIGLIA M. L. Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014. **Revista Saúde Pública**, [s.l.], v. 55, n. 14, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PCDwTFkgHpZMgGFN8JdhRRK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 dez. 2024.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Método experiencial e avaliação em profundidade: novas perspectivas em políticas públicas. **Revista Desenvolvimento em Debate**, [s.l.], v. 4, n. 1, p. 103-155, 2016.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista Avaliação de Políticas Públicas (AVAL)**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 7-15, 2008.

ROSSI, V. R. Medida de Segurança: a violação do direito à saúde a partir do conceito de periculosidade. **Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 4, n. 3, p. 75-93, 2015. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/171/365>. Acesso em: 25 dez. 2024.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos Países Avançados. In: ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURI, D. (org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

SAMPAIO, Mariá L.; BISPO JÚNIOR, José P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 19, 2021.

SAMPAIO, R; LYCARIÃO, D; CODATO, A; MARIOTO, D; BITTENCOURT, M; NICHOLS, B. **Uma técnica parada no tempo?** Mapeamento da produção científica baseada em análise de conteúdo na SciELO Brasil (2002-19). SciELO Preprints, 2021. Disponível em: DOI 10.1590/SciELOPreprints.1913. Acesso em: 16 abr. 2025.

SANTOS, A. L. G. dos; FARIAS, F. R. de. Criação e extinção do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 515–527, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3p515-9>. Acesso em: 24 dez. 2024.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Cora, 1999.

SARAMAGO, J. **O conto da ilha desconhecida**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

SILVA, Martinho Braga Batista. Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [s.l.], v. 8, p. 303-321, 2005.

SILVA, N. dos S. *et al.*. Desafios da operacionalização dos Projetos Terapêuticos Singulares nos Centros de Atenção Psicossocial. **Psicologia em Estudo**, [s.l.], v. 25, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.49996>. Acesso em: 12 jan. 2025.

SILVA, V. O. DA .; PINTO, I. C. DE M.. Identidade do sanitarista no Brasil: percepções de estudantes e egressos de cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 22, n. 65, p. 539–550, 2018.

SUKEYOSI, Monique Patrícia. **Aspectos legais da internação psiquiátrica involuntária e o papel do Ministério Público na sua fiscalização**. 2012. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Direito) - Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba, Campina Grande, 2012.

VIANNA, Iara L; AMARAL, Ernesto F. de L. Utilização de metodologias de avaliação de políticas públicas no Brasil. *In*: AMARAL, Ernesto F; GONÇALVES, Guilherme Q; FAUSTINO, Samantha H. R. (org.). **Aplicações de técnicas avançadas de avaliação de políticas públicas**. 1. ed, Belo Horizonte: Fino Traço, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Salud mental y desarrollo**: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. Geneva: WHO, 2010.

APÊNDICE A - COLEÇÃO DE FIGURAS

Figura 1 - Oficina de alinhamento sobre a Política Antimanicomial do Poder Judiciário com a Rede de Atenção Psicossocial e Rede Socioassistencial dos municípios do Estado do Ceará.



Fonte: Autoria Própria

Figura 2 - Oficina de alinhamento sobre a Política Antimanicomial do Poder Judiciário com a Rede de Atenção Psicossocial e Rede Socioassistencial dos municípios do Estado do Ceará.



Fonte: Autoria Própria

Figura 3 - Oficina de Alinhamento sobre a Política Antimanicomial do Poder Judiciário com Juízes e Desembargadores do Tribunal de Justiça do Ceará.



Fonte: Autoria Própria

Figura 4 - Reunião Técnicas regionalizadas de sensibilização e mobilização com a RAPS dos municípios da Região Sertão Central.



Fonte: autoria própria

Figura 5 - Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA).



Fonte: Assessoria de Comunicação do Tribunal de Justiça do Ceará (ASCOM/TJCE)

Figura 6 - Participação em eventos interinstitucionais.



Fonte: Autoria Própria.

Figura 7 - Roda de conversa sobre Saúde Prisional e Política Antimanicomial do Poder Judiciário com turma do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará.



Fonte: Autoria Própria

Figura 8 - Visita Técnica à Unidade Prisional para avaliação de pacientes.



Fonte: Autoria Própria

Figura 9 - Desinstitucionalização de paciente do Manicômio Judiciário, com acolhimento em Instituição de Longa Permanência para Idosos.



Fonte: Autoria Própria

Figura 10 - Desinstitucionalização de paciente do Manicômio Judiciário, com acolhimento em Instituição de Longa Permanência para Idosos.



Fonte: Autoria Própria

Figura 11 - Desinstitucionalização de paciente do Manicômio Judiciário, com retorno ao convívio familiar e comunitário.



Fonte: Autoria Própria

Figura 12 - Desinstitucionalização de paciente do Manicômio Judiciário, com retorno ao convívio familiar e comunitário.



Fonte: Autoria Própria

Figura 13 - Desinstitucionalização de paciente do Manicômio Judiciário, com retorno ao convívio familiar e comunitário.



Fonte: Autoria Própria

Figura 14 - Desinstitucionalização de paciente do Manicômio Judiciário, com acolhimento em Serviço Residencial Terapêutico (SRT).



Fonte: Autoria Própria

Figura 15 - Evento celebrativo do fechamento total do Manicômio Judiciário do Ceará



Fonte: Autoria Própria

Figura 16 - Evento celebrativo do fechamento total do Manicômio Judiciário do Ceará



Fonte: Autoria Própria

Figura 17 - Momento Formativo no Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas, sobre a experiência de implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário no Ceará.



Fonte: Autoria Própria